



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents

Explications concernant la modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)

Commentaire et teneur des modifications

Entrée en vigueur prévue le 1^{er} janvier 2024 et le 1^{er} janvier 2025

Berne, août 2023

Table des matières

1	Contexte	3
2	Aperçu des modifications	3
2.1	Suppression d'incohérences et autres adaptations	3
2.2	Garantie d'une livraison des données correcte.....	3
2.3	Statistique générale plus pertinente.....	4
2.4	Publication de données sur les cas d'assurance multiple.....	4
3	Organisation d'une consultation informelle.....	4
4	Explications des dispositions	4
4.1	Art. 4 Liste des PCG	4
4.2	Art. 6 Livraison des données.....	5
4.3	Art. 10 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données	6
4.4	Art. 22	6
5	Conséquences financières	12
5.1	Conséquences aux niveaux fédéral et cantonal.....	12
5.2	Conséquences pour l'assurance-maladie.....	12
5.3	Conséquences pour l'économie.....	12
6	Disposition transitoire relative à la modification du.....	12
7	Modification dans un autre acte	12
8	Entrée en vigueur	12

1 Contexte

Au printemps 2021, les deux associations d'assureurs santésuisse et curafutura se sont adressées conjointement à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elles ont fait valoir que les informations actuellement disponibles ne leur permettraient pas encore de garantir une prise en compte adéquate de la compensation des risques dans le calcul des primes. Les deux organes ont indiqué avoir besoin d'obtenir des informations supplémentaires dans le cadre de la statistique de l'Institution commune (IC LAMal) (statistique générale) pour évaluer les taux de redevance et de contribution ainsi que les suppléments pour les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG ; suppléments pour PCG). L'OFSP a pris position par écrit sur cette requête. Une réunion s'est tenue par la suite à l'OFSP. Les représentants de l'OFSP se sont montrés ouverts à un élargissement de la statistique, à condition que la protection des données soit garantie. Un projet de modification de l'art. 22, al. 2, de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1) contenant des informations supplémentaires a été élaboré et envoyé au Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT) pour examen préalable. Après l'avis positif rendu par le PFPDT, sous réserve que cet élargissement de la statistique ne permette pas une réidentification des assurés, les travaux portant sur la révision de l'OCoR ont débuté et le projet a été complété par d'autres propositions de modification soumises par l'IC LAMal ainsi que par certains cantons.

2 Aperçu des modifications

2.1 Suppression d'incohérences et autres adaptations

La liste des PCG répertorie des médicaments (codes GTIN), mais pas des principes actifs (codes ATC). Les médicaments sont attribués à un PCG en fonction de leur indication approuvée et non du principe actif qu'ils contiennent. Le terme « principe actif » peut donc être supprimé à l'art. 4. Des médicaments contenant le même principe actif mais autorisés pour des affections différentes peuvent ainsi être attribués au PCG pertinent, ce qui n'était pas possible selon les précédentes dispositions.

À l'art. 4, al. 1^{bis}, le terme « pathologie » qui, par inadvertance, n'a pas été adapté dans la révision de l'OCoR du 11 septembre 2021 est remplacé par le terme « affection » déjà utilisé plusieurs fois à l'al. 1^{er}.

À des fins d'uniformisation terminologique, les termes « période de couverture » et « relevé » figurant à l'art. 6 sont remplacés par les termes « année civile » et « ensemble de données », dont la signification est la même et qui sont utilisés dans de nombreuses dispositions de l'OCoR. De plus, la formulation « jusqu'à 1 mois avant la date prévue à l'al. 3 » est remplacée par « jusqu'à fin février ». Ces adaptations ne modifient en rien la teneur des al. 1 et 4.

2.2 Garantie d'une livraison des données correcte

Dans les pays européens, et de plus en plus en Suisse également, le prix des médicaments est fixé à l'aide de « modèles de prix ». Il s'agit pour partie des prix inaccessibles au public qui sont effectivement remboursés et pour lesquels des rabais, des limitations de volume ou des modèles avec rémunération à la performance (Pay for Performance) sont fixés de manière confidentielle. Il en résulte des restitutions que les titulaires d'autorisation de médicaments versent soit aux assureurs en faveur de la personne assurée concernée, soit à l'IC LAMal en faveur du collectif d'assurés. L'art. 6, al. 1, let. h précise que, en prévision de l'augmentation attendue du nombre de modèles de prix et pour renforcer la sécurité juridique, les restitutions versées aux assureurs par les titulaires d'autorisation de médicaments doivent être déduites des prestations brutes dans la livraison des données.

2.3 Statistique générale plus pertinente

À la demande de santésuisse et de curafutura, il est proposé d'inclure des informations supplémentaires dans la statistique générale sur la compensation des risques (art. 22, al. 2, OCoR). Cette statistique plus pertinente sera aussi établie sur la base de données portant sur une durée de décompte de 26 mois. Elle permettra aux assureurs de mieux évaluer la compensation des risques et de calculer les primes de manière adéquate.

2.4 Publication de données sur les cas d'assurance multiple

À ce jour, aucune donnée officielle n'est disponible à l'échelle nationale sur la proportion des assurés qui sont affiliés pendant 13 mois ou plus pour la même année civile (cas d'assurance multiple) ni sur son évolution. Cette situation n'est pas satisfaisante. Elle sera améliorée grâce à l'intégration par l'IC LAMal d'informations sur les assurés dans la statistique. Il s'agit ici de rendre public le nombre de personnes par canton qui ont été assurées de manière multiple durant l'année de compensation (année T) d'une part, et durant l'année civile précédant l'année de compensation (année T-1) d'autre part, et auprès de quels assureurs elles l'ont été. La statistique indiquera également combien d'assurés ont été assurés de manière multiple pendant deux années consécutives, ainsi que les noms des assureurs concernés.

3 Organisation d'une consultation informelle

La révision porte sur l'exécution de la compensation des risques et touche donc l'IC LAMal et les assureurs. Les cantons sont également concernés dans la mesure où ils trouveront, selon le nouveau droit, des informations sur les cas d'assurance multiple dans la statistique sur la compensation des risques disponible sur le site web de l'IC LAMal. La révision n'a pas de grande portée politique, financière, économique, écologique, sociale ou culturelle (art. 3, al. 1, let. d de la loi sur la consultation [LCo]). En outre, elle ne touche pas particulièrement les cantons (art. 3, al. 1, let. e, LCo). Il n'y avait donc aucune obligation d'organiser une procédure de consultation. Toutefois, l'OFSP a mené une consultation informelle du 21 septembre au 2 novembre 2022 auprès de l'IC LAMal, des associations d'assureurs et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

4 Explications des dispositions

4.1 Art. 4 Liste des PCG

Al. 1^{bis}

Le terme « pathologie » utilisé selon l'ancien droit est remplacé par le terme « affection » déjà utilisé à l'art. 4. Il n'en résulte aucune modification matérielle de la disposition.

Al. 1^{er}, 2 et 5

Compte tenu de l'adaptation effectuée à l'al. 3, il n'est pas nécessaire de mentionner de manière explicite les principes actifs contenus dans un médicament. Il n'en résulte aucune modification matérielle des dispositions.

Al. 3

La liste des PCG répertorie des médicaments prêts à l'emploi (codes GTIN), mais pas de principes actifs (codes ATC). Les médicaments sont attribués à un PCG en fonction de leur indication approuvée et non du principe actif qu'ils contiennent. Le terme « principe actif » est donc supprimé dans tout l'article. Selon la disposition en vigueur, un principe actif ne peut être attribué qu'à un seul PCG. Par conséquent, les médicaments contenant le même principe actif qui, en raison de leur indication spécifique, pourraient être attribués à différents PCG ne peuvent pas être admis dans la liste des PCG ou peuvent l'être en partie seulement. La nouvelle réglementation permet d'attribuer au PCG pertinent

des médicaments contenant le même principe actif, mais autorisés pour des affections différentes. Un médicament ne peut toutefois être attribué qu'à un seul PCG.

4.2 Art. 6 Livraison des données

Al. 1, phrase introductive et let. h

Le terme « période de couverture » utilisé dans la phrase introductive ne figure qu'à cet endroit dans l'OCoR. Ce terme n'est pas défini et il est difficile de savoir ce qu'il recouvre. Il est donc remplacé par le terme « année civile », souvent utilisé dans l'OCoR. Il n'en résulte aucune modification matérielle de la disposition.

Dans la plupart des pays européens, le prix des médicaments est fixé et publié par les autorités principalement après comparaison des prix pratiqués à l'étranger. Les médicaments onéreux sont cependant rarement pris en charge à hauteur du prix étranger. Cela signifie qu'il existe, « derrière » les prix officiels, des modèles de prix qui correspondent en partie aux prix qui sont effectivement pris en charge. Ils sont inaccessibles au public, étant donné que les rabais, les limitations de volume ou les modèles avec rémunération à la performance (Pay for Performance) dont ils font l'objet sont fixés de manière confidentielle. En Suisse également, la fixation du prix des médicaments s'effectue de plus en plus au moyen de modèles de prix pour garantir un accès aussi rapide que possible au remboursement de thérapies onéreuses par le biais de la liste des spécialités.

Dans le cadre de ces procédures d'admission dans la liste des spécialités (art. 52, al. 1, let. b, en relation avec l'art. 33, al. 3, de la loi sur l'assurance-maladie [LAMal ; RS 832.10]), le titulaire de l'autorisation du médicament (entreprise pharmaceutique) est donc tenu, conformément aux charges et conditions prescrites (art. 65, al. 5 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]), d'effectuer des restitutions aux assureurs-maladie. Lors de la mise en œuvre de modèles de prix de ce type, l'assureur rembourse dans un premier temps au fournisseur de prestations le prix public publié (prestation anticipée). Puis, dans un deuxième temps, le titulaire de l'autorisation du médicament effectue une restitution à l'assureur à la demande de ce dernier. Pour les autres formes de modèles de prix (limitation du volume), la restitution à l'IC LAMal s'effectue en faveur du collectif d'assurés. Les restitutions aux assureurs représentent en général entre 25 et 50 % du prix publié. Elles peuvent atteindre plusieurs milliers de francs par traitement ou thérapie et même souvent des montants à cinq chiffres.

Les premiers modèles de prix avec restitution ont été introduits en Suisse en 2009. Cette forme de tarification implique que l'assureur exige lui-même la restitution auprès du titulaire de l'autorisation. La plupart, voire la totalité des assureurs ont déjà fait l'expérience de cette pratique. La restitution à l'assureur est effectuée en faveur de la personne assurée à qui le médicament a été remis. Elle doit être prise en compte dans les prestations brutes de la personne assurée concernée, c'est-à-dire déduite. Il est ainsi garanti que les prestations brutes effectives de la personne assurée sont saisies dans les données livrées à l'IC LAMal. Compte tenu de l'augmentation prévue du nombre de modèles de prix et pour renforcer la sécurité juridique, la let. h est précisée au moyen d'un ajout correspondant. Lors de la consultation relative à la présente révision, les associations d'assureurs ont souligné que l'intégration complète des restitutions dans l'ensemble de données impliquait une charge administrative importante pour les assureurs. C'est pourquoi elles demandent une période de transition suffisamment longue. Eu égard à cette situation, l'al. 1, let. h, entrera en vigueur un an après les autres dispositions de la présente révision, soit le 1^{er} janvier 2025. Étant donné que les assureurs connaissent déjà les modèles de prix avec restitution et que la révision de la let. h ne fait que préciser la situation juridique en vigueur, les assureurs devraient être en mesure d'appliquer correctement la let. h d'ici à la livraison des données en mars 2025.

Al. 4

À des fins d'uniformisation terminologique, deux formulations sont adaptées à l'al. 4. Elles n'entraînent aucune modification matérielle de la disposition. La formulation « jusqu'à 1 mois avant la date prévue à

l'al. 3 » est remplacée par l'indication directe « jusqu'à fin février ». Quant au terme « relevé », qui ne figure dans aucune autre disposition de l'OCOR, il est remplacé par le terme « ensemble de données », qui est utilisé dans plusieurs dispositions.

4.3 Art. 10 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données

Al. 3, phrase introductive

Lors de la livraison des données, les assureurs répartissent les données en deux ensembles de données. Le premier ensemble contient les données de l'année précédant la livraison des données et le deuxième, celles de l'avant-dernière année précédant la livraison des données. L'ajout « du premier ensemble de données visé à l'art. 6, al. 2 » indique clairement sur quelle base de données se fonde la communication de l'IC LAMal aux assureurs concernés. « Pour la même année civile » est inutile compte tenu du libellé de l'art. 6, al. 4. Il n'en résulte aucune modification matérielle de la disposition.

4.4 Art. 22

Al. 1, let. a

L'ajout « et l'élaboration de statistiques » à l'art. 22, al. 1, let. a doit garantir que l'OFSP peut également utiliser les données individuelles transmises par l'IC LAMal pour préparer la « statistique de l'assurance-maladie obligatoire » (voir à ce sujet le chapitre 10 Compensation des risques ; consultable ici [Statistique de l'assurance-maladie obligatoire](#)¹). La nouvelle disposition n'élargit pas la base des données livrées à l'OFSP. Les exigences posées à l'art. 22 de la loi fédérale sur la protection des données (LPD ; RS 235.1) sont remplies.

Al. 2, let. a et b

Pour chaque année de compensation, les assureurs livrent les données en deux ensembles de données. Le premier ensemble contient les données de l'année précédant la livraison des données et le deuxième, celles de l'avant-dernière année précédant la livraison des données. Sont pris en compte pour la livraison des données les prestations décomptées jusqu'à fin février de l'année civile précédant l'année de compensation et les changements constatés dans les effectifs d'assurés. La durée de décompte s'élève donc à 14 mois pour le premier ensemble de données et à 26 mois pour le deuxième. Dans le droit applicable, la phrase introductive à l'al. 2 ne contient aucune information concernant la base des données sur laquelle se fonde la statistique. La révision apportera de la transparence à ce niveau. L'al. 2 est subdivisé en une let. a pour les données de la statistique que l'IC LAMal ne calcule qu'une seule fois sur la base du premier ensemble de données (durée de décompte de 14 mois), et en une let. b pour les données de la statistique que l'IC LAMal calcule deux fois sur la base des données des deux ensembles de données (durée de décompte de 14 et 26 mois). À noter que certaines données de la statistique étaient déjà calculées sur la base des données portant sur une durée de décompte de 14 mois et sur la base de données portant sur une durée de décompte de 26 mois.

Al. 2, let. a, ch. 1 à 5

De manière inchangée, l'institution commune établit sur la base des données du premier ensemble de données une statistique :

- des taux de redevance et de contribution dans les groupes de risque (dans les dispositions en vigueur al. 2, let. c, selon le nouveau droit let. a, ch. 1) ;
- des suppléments pour PCG (dans les dispositions en vigueur al. 2, let. d, selon le nouveau droit let. a, ch. 2) ;
- de l'allègement des assureurs par jeune adulte (dans les dispositions en vigueur al. 2, let. e, selon le nouveau droit let. a, ch. 4) ;
- de la charge financière des assureurs par assuré âgé de 26 ans et plus (dans les dispositions en vigueur al. 2, let. f, selon le nouveau droit let. a, ch. 5).

¹ www.ofsp.admin.ch > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie > Statistique de l'assurance-maladie obligatoire

En raison de l'évolution différente des coûts dans les groupes de risque, un facteur de renchérissement cantonal est intégré dans le calcul de la compensation des risques. L'IC LAMal calcule les facteurs de renchérissement. Les facteurs de renchérissement appliqués pour les compensations de risque 2020 et 2021 ont été publiés sur le site Internet de l'OFSP. L'IC LAMal publiera à l'avenir ces facteurs sur son site web pour chaque calcul de la compensation des risques. Les facteurs de renchérissement sont indiqués à l'al. 2, let. a, ch. 3.

Al. 2, let. b, ch. 1 et 2

De manière inchangée, l'institution commune établit sur la base des données des deux ensembles de données une statistique :

- des mois d'assurance, des prestations brutes et des participations aux coûts, par groupe de risque et par canton, d'une part, et pour l'ensemble de la Suisse, d'autre part (dans les dispositions en vigueur al. 2, let. a, selon le nouveau droit let. b, ch. 1) ;
- des mois d'assurance, des prestations brutes et des participations aux coûts, par PCG pour l'ensemble de la Suisse (dans les dispositions en vigueur al. 2, let. b, selon le nouveau droit let. b, ch. 2).

Al. 2, let. b, ch. 3

Afin que les assureurs puissent mieux évaluer la compensation des risques, la statistique comprendra aussi selon le nouveau droit les informations suivantes :

- les mois d'assurance, les prestations brutes et les participations aux coûts des assurés qui sont attribués au minimum à un ou plusieurs PCG, par groupe de risque et par PCG pour l'ensemble de la Suisse (« Tableau croisé groupe de risque/PCG à l'échelle de la Suisse »).

Étant donné qu'il n'existe aucune référence cantonale et que les groupes de risque composés d'assurés comptant ensemble moins de 120 mois d'assurance ne sont pas indiqués dans la statistique (voir al. 2^{bis}), l'établissement d'un lien avec une personne est impossible et la protection des personnes concernées reste préservée.

Al. 2, let. b, ch. 4

La statistique générale doit également être complétée avec les informations suivantes :

- les mois d'assurance, les prestations brutes et les participations aux coûts des assurés attribués à aucun PCG, par groupe de risque, pour l'ensemble de la Suisse.

Ces informations, utiles pour l'évaluation de la compensation des risques, sont elles aussi conformes au droit régissant la protection des données. Il n'existe aucune référence cantonale et les groupes de risque composés d'assurés comptant ensemble moins de 120 mois d'assurance ne sont pas indiqués dans la statistique.

Al. 2, let. b, ch. 5

Afin d'estimer les suppléments pour PCG de l'année suivante, la statistique indiquera, pour l'ensemble de la Suisse, quels sont les PCG qui se cumulent dans le cas d'assurés ayant au moins un autre PCG (« Matrice de comorbidité des PCG à l'échelle de la Suisse »). La statistique en a besoin, étant donné que certaines combinaisons de PCG peuvent être rares et, pour les plus petits assureurs, difficiles à extrapoler à partir de leur propre effectif. Seuls les mois d'assurance sont indiqués. D'autres informations telles que le canton de domicile, l'âge ou les coûts ne sont pas visibles et ne peuvent pas être déduites. Afin de pouvoir estimer les suppléments pour PCG de l'année suivante, il est donc légitime et indispensable d'indiquer également les comorbidités qui se présentent uniquement dans de rares cas (moins de dix assurés concernés). Cette statistique ne permettra pas non plus de tirer des conclusions sur les différents assurés. La protection des personnes concernées est ainsi garantie.

Al. 2, let. b, ch. 6 et 7

En août 2021, l'IC LAMal a informé pour la première fois les assureurs concernés de l'existence de cas d'assurance multiple. En se fondant sur l'art. 10, al. 3 OCoR, elle a indiqué aux assureurs concernés

qu'ils détenaient dans leur effectif des personnes qui avaient été affiliées pendant au moins une partie de l'année 2020 auprès de deux ou de plusieurs caisses-maladie et que ces personnes avaient donc été assurées de manière multiple. À la suite d'une telle communication, lesdits assureurs sont tenus d'analyser les cas en question avec l'autre assureur ou les autres assureurs impliqués et, après avoir entendu la personne concernée, de mettre fin aux rapports d'assurance qui ne respectent pas les dispositions de la LAMal (art. 9, al. 2 OAMal). En juin 2022, l'IC LAMal a informé les assureurs au sujet des cas de l'année 2021. Le nombre de rapports d'assurance non conformes à la LAMal qui ont été résiliés et le nombre de ceux toujours en vigueur ne sont pas connus. Cette situation n'est pas satisfaisante. La présente révision offre l'occasion de compléter la statistique avec des informations concernant les cas d'assurance multiple. Sont donc nouvellement indiqués dans la statistique :

- le nombre d'assurés affiliés pendant 13 mois ou plus, en indiquant le nom et le numéro d'identification de leurs assureurs, par canton (cf. al. 2, let. b, ch. 6 du projet) ;
- le nombre d'assurés affiliés, lors de deux années consécutives, pendant 13 mois ou plus, en indiquant le nom et le numéro d'identification de leurs assureurs, par canton (cf. al. 2, let. b, ch. 7 du projet).

L'IC LAMal prévoit de présenter la statistique de la manière suivante.

Tableau 1

Canton	Nombre de cas d'assurance multiple en T 14 M (1)	Nombre de cas d'assurance multiple en T-1 26 M (2)	Nombre de personnes assurées de manière multiple en T-1 26 M qui étaient toujours assurées auprès des mêmes assureurs en T 14 M (3)	Nombre de personnes assurées de manière multiple en T-2 26 M qui étaient toujours assurées auprès des mêmes assureurs en T-1 14 M (4)	Nombre de personnes assurées de manière multiple en T-2 26 M qui étaient toujours assurées auprès des mêmes assureurs en T-1 26 M (5)
..
...
...
ZH	450	400	300	350	325
Exemple de lecture	450 personnes dans le canton de Zurich qui, pendant l'année [T], étaient assurées de manière multiple.	400 personnes dans le canton de Zurich qui, pendant l'année [T-1], étaient assurées de manière multiple.	300 personnes dans le canton de Zurich qui, pendant les années [T-1] et [T], étaient assurées de manière multiple auprès des mêmes assureurs.	350 personnes dans le canton de Zurich qui, pendant les années [T-2] et [T-1] (durée de décompte de 14 mois), étaient assurées de manière multiple auprès des mêmes assureurs.	325 personnes dans le canton de Zurich qui, pendant les années [T-2] et [T-1] (durée de décompte de 26 mois), étaient assurées de manière multiple auprès des mêmes assureurs.
			Les données pour T avec une durée de décompte de 26 mois ne sont pas encore disponibles lors de la parution de la statistique, si bien qu'une comparaison comme entre (4) et (5) n'est pas possible.	Les assureurs livrent tout d'abord les données pour [T-1] avec une durée de décompte de 14 mois. Ils reçoivent ensuite des informations sur les personnes assurées de manière multiple (art. 10, al. 3 OCoR) et sont tenus de mettre fin aux rapports d'assurance (art. 9 OAMal). L'année suivante, ils livrent les données pour [T-1] avec une durée de décompte de 26 mois. La comparaison montre combien de cas d'assurance multiple ont été corrigés entre les deux livraisons de données (dans l'exemple donné, pour 25 personnes dans le canton de Zurich).	

Cette approche permet de rendre public le nombre de personnes qui étaient assurées plusieurs fois par canton au cours de l'année de compensation (année T) d'une part (1) et au cours de l'année civile précédant l'année de compensation (année T-1) d'autre part (2). Les autres colonnes [(3), (4) et (5)] fournissent des informations sur les personnes assurées de manière multiple dont les rapports d'assurance n'ont pas été corrigés au cours des deux ans. La colonne (4) de la statistique est reprise de l'année précédente (anciennement colonne (3)).

Tableau 2

Canton	N° OFSP (1)	Nom de l'assureur (1)	N° OFSP (2)	Nom de l'assureur (2)	N° OFSP (3)	Nom de l'assureur (3)	N° OFSP (4)	Nom de l'assureur (4)	N° OFSP (5)	Nom de l'assureur (5)
	1 ; 2 ; ...	Assureur A ; assureur B ; ...	1 ; 2 ; ...	Assureur A ; assureur B ; ...	1 ; 2 ; ...	Assureur A ; assureur B ; ...	1 ; 2 ; ..	Assureur A ; assureur B ; ...	1 ; 2 ; ...	Assureur A ; assureur B ; ...
AI	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
AR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
BE	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Les cantons se penchent depuis longtemps sur la thématique des cas d'assurance multiple, notamment dans le cadre de l'échange de données relatif à l'art. 64a LAMal (reprise de créances pour lesquelles un acte de défaut de biens a été délivré). Les informations ci-dessus leur faciliteront la tâche.

La publication des données supplémentaires susmentionnées est conforme aux dispositions applicables en matière de protection des données. Le nom et le numéro d'identification des assureurs ne permettent pas d'établir un lien avec une personne donnée. Mises à disposition pour chaque canton, les informations relatives aux cas qui présentent 13 mois d'assurance ou plus sont des données agrégées qui ne permettent aucunement d'établir un lien avec une personne donnée.

Al. 2^{bis}

Le groupe de risque indique à quel groupe d'âge (répartition en groupes de cinq ans) la personne assurée appartient, son sexe et si elle a séjourné durant l'année civile déterminante dans un hôpital ou un établissement médico-social. Si un canton de résidence est également indiqué, il n'est pas exclu que l'on puisse déduire des informations sur certains assurés résidant dans un petit canton. Pour éviter de telles interprétations, l'IC LAMal ne mentionne pas actuellement dans la statistique les groupes de risque composés d'assurés comptant ensemble moins de 120 mois d'assurance. Cette pratique sera inscrite dans la version révisée de l'ordonnance.

Al. 5

À la demande d'IC LAMal, l'al. 5 peut être abrogé, le contenu de la statistique étant défini de manière exhaustive aux al. 2 et 2^{bis}. Le contenu du rapport annuel était déjà précisé par l'IC LAMal. Il n'est donc pas nécessaire de l'indiquer dans l'OCOR.

5 Conséquences financières

5.1 Conséquences aux niveaux fédéral et cantonal

La présente révision de l'ordonnance n'engendre aucuns frais supplémentaires pour la Confédération et les cantons.

5.2 Conséquences pour l'assurance-maladie

L'intégration correcte dans les prestations brutes des personnes assurées concernées des restitutions que les titulaires d'autorisations de médicaments ont versées, sur demande de l'assureur, dans le cadre de modèles de prix entraîne une charge de travail accrue pour les assureurs pour un nombre considérable de modèles de prix.

L'IC LAMal devra reprogrammer partiellement le logiciel de compensation des risques (SORA), ce qui occasionnera aussi pour cette instance une hausse ponctuelle des coûts. Les frais supplémentaires engendrés pour l'IC LAMal seront pris en charge par les assureurs.

5.3 Conséquences pour l'économie

Aucun impact sur l'économie n'est à prévoir.

6 Disposition transitoire relative à la modification du....

La disposition transitoire prévoit qu'en plus de la statistique visée à l'art. 22 de l'ancien droit, une statistique soit établie conformément à l'art 22, al. 2, let. b, ch. 3 à 7, et al. 2^{bis}, du nouveau droit pour les années de compensation 2020-2022. La série chronologique ainsi obtenue sera très utile aux assureurs pour budgétiser la compensation des risques.

7 Modification dans un autre acte

Dans l'OAMal, la troisième phrase de l'art. 37e, al. 1, est adaptée. À la suite des modifications apportées à l'art. 4, al. 1^{bis}, 1^{ter}, 2, 3 et 5 OCoR, le segment « de principes actifs et » doit aussi être supprimé dans la troisième phrase figurant à l'art. 37e, al. 1 OAMal.

8 Entrée en vigueur

Les dispositions doivent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2024, à l'exception de l'art. 6, al. 1, let. h, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2025.