



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Office fédéral de la santé publique OFSP**

## **Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)**

Entrée en vigueur prévue le 1<sup>er</sup> janvier 2021

Teneur des modifications et commentaire

Berne, septembre 2020

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Contexte .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Aperçu des modifications .....</b>	<b>3</b>
2.1	À propos des requêtes des assureurs et de leurs associations .....	3
2.2	Modification due à l'extension de la liste des PCG et aux progrès médicaux .....	4
2.3	Nouvelles dispositions concernant la mise à jour des cas de double assurance et d'assurance multiple .....	4
2.4	Ajout des données publiées dans la statistique.....	4
2.5	Modifications dues à des inexactitudes .....	5
<b>3</b>	<b>Effets de la modification de l'ordonnance sur l'institution commune et les assureurs-maladie .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Commentaire des dispositions.....</b>	<b>5</b>
4.1	Art. 4 Liste des PCG .....	5
4.2	Art. 5 Indicateur « PCG » .....	5
4.3	Art. 6 Livraison des données.....	6
4.4	Art. 8 Contrôle des données .....	7
4.5	Art. 10 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données ....	7
4.6	Art. 18a Allègement pour les jeunes adultes .....	8
4.7	Art. 20 Décompte de soldes et information.....	8
4.8	Art. 22 .....	10
4.9	Art. 26 Protection des données .....	10
4.10	Art. 9 OAMal Fin des rapports d'assurance .....	11
<b>5</b>	<b>Entrée en vigueur .....</b>	<b>11</b>

## 1 Contexte

L'ordonnance du 19 octobre 2016 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1), totalement révisée, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Elle introduit la prise en compte dans la compensation des risques de l'indicateur « groupe de coûts pharmaceutiques » (PCG), en sus des indicateurs existants que sont l'âge, le sexe et un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social. Il s'agit là de la modification la plus importante jamais apportée à l'OCoR, tant du point de vue des données à collecter (nouveau : données individuelles), que de celui du calcul de la compensation des risques (nouveau : calcul de régression en deux étapes). C'est pourquoi l'Institution commune LAMal (institution commune) a déjà réalisé trois tests avec les assureurs en automne 2018, en été 2019 et au printemps 2020.

Le 11 avril 2018, le Conseil fédéral a modifié certaines dispositions de la nouvelle OCoR avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (RO 2018 1847). L'adaptation de l'art. 20 ne s'est toutefois pas révélée suffisante pour que les assureurs puissent non seulement valider et appliquer le calcul de la compensation des risques, mais aussi effectuer correctement le calcul des primes. Une requête conjointe des associations d'assureurs maladie Santésuisse et Curafutura demandant que l'art. 20 soit complété avec certaines informations sur les personnes assurées auprès de l'assureur (pour chaque assuré, le groupe de risque et les PCG auxquels il a été attribué, ainsi que le montant de la redevance de risque ou de la contribution de compensation) a incité l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à examiner plus attentivement la question de la protection des données. Le Préposé à la protection des données et à la transparence a rendu un avis positif sur la requête des assureurs lors d'une consultation informelle.

Suite à une discussion du « groupe de surveillance » qui s'est tenue à l'OFSP en novembre 2019, un assureur a soumis, en accord avec d'autres représentants des assureurs et de leurs associations présentes ce jour-là, une proposition concrète de modification des délais relatifs à la compensation des risques. Celle-ci demande des délais plus courts à la fois pour la livraison des données des assureurs à l'institution commune (art. 6) et pour la mise à la disposition des assureurs, par cette dernière, du décompte de soldes et des informations supplémentaires (art. 20). Cette modification permettrait de tenir compte des informations sur la compensation des risques dans le calcul des primes et des rabais liés aux modèles d'assurance.

S'agissant du calcul de la compensation des risques, l'institution commune constate de manière récurrente, sur la base des données qui lui sont fournies, que des personnes présentent un nombre trop élevé de mois d'assurance. Pendant la durée supérieure à douze mois, les personnes concernées sont assurées deux fois, voire plus, ce qui n'est pas envisageable dans le cas d'une application correcte de la LAMal. Ces données faussent la compensation des risques, d'autant plus que l'institution commune ne peut pas les modifier. Il est également notoire que les assureurs n'ont pas connaissance d'un nombre considérable de cas de double assurance ou d'assurance multiple. Dans ce contexte, il s'avère impossible de mettre à jour les données et de résilier les milliers de rapports d'assurance liés à une double assurance ou à une assurance multiple. Les acteurs politiques se sont, eux aussi, emparés de cette problématique (cf. à ce sujet l'interpellation Heim 19.3841 « Double assurance dans l'assurance-maladie. Que compte faire le Conseil fédéral ? » et la motion Maya Graf 19.4195 « Assurance-maladie. Prévenir la double assurance et les assurances multiples »). Conscient du problème, le Conseil fédéral entend analyser les cas pour déterminer les mesures à mettre en œuvre.

## 2 Aperçu des modifications

### 2.1 À propos des requêtes des assureurs et de leurs associations

L'art. 20 OCoR a déjà été adapté lors de la révision du 11 avril 2018. Les assureurs estiment toutefois

que ces modifications ne sont pas suffisantes. Une nouvelle adaptation de cet article est proposée à leur demande. Des informations supplémentaires incluant des données individuelles relatives à leurs assurés doivent permettre aux assureurs de calculer correctement les primes et les rabais liés aux modèles d'assurance, d'estimer les paiements au titre de la compensation des risques, mais aussi de valider et d'appliquer le calcul de la compensation des risques.

Une autre requête du côté des assureurs concerne le délai dont ils disposent pour livrer les données à l'institution commune (art. 6) et le délai dont dispose cette dernière pour leur transmettre le décompte de soldes et des informations individuelles supplémentaires (art. 20). Ces deux délais doivent être raccourcis d'un mois. Le temps ainsi gagné doit permettre aux assureurs de tenir compte des informations de la compensation des risques dans le calcul des primes qu'ils soumettent pour approbation à l'autorité de surveillance fin juillet. L'OFSP soutient cette requête, pour autant que les organes de révision disposent d'assez de temps pour leur audit et le rapport qu'ils doivent remettre à l'institution commune (art. 8). L'autorité de surveillance estime que les délais suivants sont appropriés pour toutes les parties concernées :

- livraison des données des assureurs à l'institution commune : jusqu'au 31 mars ;
- remise du rapport des organes de révision à l'institution commune : jusqu'au 15 avril ;
- communication aux assureurs du décompte de soldes et des informations supplémentaires relatives à la compensation des risques : jusqu'au 10 juin.

## **2.2 Modification due à l'extension de la liste des PCG et aux progrès médicaux**

Afin de répondre à la tendance consistant à personnaliser les traitements, la quantité de médicaments nécessaire à l'attribution à un PCG doit pouvoir, en oncologie, être mesurée en fonction du nombre d'emballages prescrits plutôt que du nombre de doses quotidiennes standard. Ce point impose de compléter l'art. 5.

## **2.3 Nouvelles dispositions concernant la mise à jour des cas de double assurance et d'assurance multiple**

La présente révision confère à l'institution commune la tâche d'informer les assureurs qui, dans leur effectif, comptent des assurés affiliés depuis 13 mois ou plus. Cette communication permettra aux assureurs d'analyser les cas avec les autres assureurs concernés et, après audition de la personne concernée, de mettre fin aux rapports d'assurance non conformes à la LAMal. La procédure sera réglée à l'art. 9, al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Cette mise à jour des cas permettra d'améliorer la qualité des bases de données servant au calcul de la compensation des risques pour les années suivantes, et donc d'éviter les erreurs à l'avenir.

L'art. 26 réglant la protection des données est complété en conséquence.

## **2.4 Ajout des données publiées dans la statistique**

La disposition de l'art. 22 est complétée par d'autres données agrégées. Celles-ci sont utiles aux assureurs pour le calcul des primes.

## **2.5 Modifications dues à des inexactitudes**

À l'art. 4, al. 1<sup>er</sup>, il est prévu de simplifier la définition peu compréhensible du PCG non autonome. À l'art. 18a, al. 4, une formulation plus précise s'impose.

## **3 Effets de la modification de l'ordonnance sur l'institution commune et les assureurs-maladie**

La modification de l'art. 10 oblige l'institution commune à adapter son logiciel de la compensation des risques (SORA), à développer un test de sécurité SORA et entraîne un certain surcroît de travail pour la révision externe ainsi qu'un léger investissement en personnel. Au total, les coûts devraient se monter à quelque 19 000 francs. Ces coûts sont supportés par les assureurs en tant que frais d'administration de la compensation des risques (art. 23 OCoR).

Les assureurs devront engager des ressources administratives pour la mise à jour des cas de double assurance ou d'assurance multiple. Cependant, ces cas génèrent déjà un surcroît de travail pour les assureurs, parce que, par exemple, les assurés en retard de paiement changent d'assurance, ce que la LAMal interdit, ou que les délais de résiliation ont été dépassés ou les contrats non résiliés, ou encore qu'un courtier a conclu de nouveaux contrats malgré les primes impayées. La pratique montre qu'il est souvent impossible de mettre à jour les contrats d'assurance qui ne correspondent pas aux dispositions de la LAMal, malgré les efforts déployés par l'assureur. La modification de l'art. 10 facilitera la communication entre les assureurs concernés. Le coût en ressources financières et humaines, pour les assureurs, de la mise à jour des cas de double assurance et d'assurance multiple (cf. nouvel art. 9, al. 2, OAMal) devrait donc diminuer. En dépit de la surcharge de travail, les assureurs sont tenus de gérer l'AOS conformément à la LAMal et à ses ordonnances d'exécution. Les cas de double assurance et d'assurance multiple sont interdits et il doit y être mis fin. Il faut éviter les lacunes d'assurance.

Les autres modifications proposées n'ont aucun impact prévisible sur les assureurs-maladie en termes de ressources humaines et financières.

## **4 Commentaire des dispositions**

### **4.1 Art. 4 Liste des PCG**

*Al. 1<sup>er</sup>*

La définition peu compréhensible du « PCG non autonome » doit être simplifiée sur le plan rédactionnel. Cette adaptation ne change rien aux PCG.

### **4.2 Art. 5 Indicateur « PCG »**

*Al. 2 et 5*

La médecine moderne mise toujours plus sur des thérapies répondant aux caractéristiques spécifiques d'une affection et aux besoins individuels des patients. Compte tenu de cette utilisation très individualisée des médicaments pour certaines maladies, le traitement du cancer, par exemple, la quantité minimale de médicaments nécessaire à l'attribution d'un assuré à un PCG doit aussi pouvoir

être définie sur la base du nombre d'emballages qui lui ont été remis, et non sur la base du nombre de doses quotidiennes standard.

Cette définition de la quantité sur la base du nombre d'emballages sera appliquée en particulier aux PCG oncologiques. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a édicté aucune directive quant à la détermination du nombre de doses quotidiennes standard (directives DDD) de la majorité de ces substances. Du fait de la diversité des types et du degré de gravité des cancers, les doses de médicament utilisées varient fortement et l'emploi de thérapies combinées, largement répandu dans ce domaine, complique le calcul pour les PCG concernés. Pouvoir définir la quantité de médicaments remis sur la base du nombre d'emballages permet de fixer de manière appropriée des valeurs limites sur la base de valeurs empiriques.

### **4.3 Art. 6 Livraison des données**

#### *Al. 3 et 4*

L'OCOR en vigueur prévoit notamment les délais suivants : les assureurs livrent les données le 30 avril au plus tard, comme énoncé à l'art. 6, al. 3. Celles-ci doivent prendre en compte les prestations décomptées jusqu'à fin février et les changements dans les effectifs d'assurés survenus jusqu'à cette date. Pour la compensation des risques de l'année précédente, l'institution commune met à la disposition de chaque assureur le solde des redevances de risque et des contributions de compensation qui le concerne, ainsi que nombre d'autres informations portant sur l'effectif de ses assurés par canton et par groupe de risque et, par canton, l'allègement et la charge financière. Ces délais sont coordonnés. Ils doivent être respectés par tous les acteurs concernés.

Afin d'être en mesure de calculer correctement les primes et les rabais liés aux modèles d'assurance, les assureurs doivent obtenir plus tôt les informations de la compensation des risques. En accord avec d'autres caisses, un assureur a présenté la requête suivante : raccourcir d'un mois – et donc fixer au 31 mai – le délai relatif à la communication du décompte de soldes et d'informations supplémentaires, énoncé à l'art. 20. Pour que cela soit possible, le délai de livraison des données par les assureurs prévu à l'art. 6, al. 3, doit par conséquent être ramené au 31 mars. L'auteur de la requête a signalé que plusieurs assureurs approuvaient ces nouveaux délais. Le fait de raccourcir d'un mois le délai de livraison des données ne pose à leurs yeux aucun problème.

L'autorité de surveillance, qui approuve les primes, soutient elle aussi cette proposition. Celle-ci améliore en effet la qualité des données utilisées dans le calcul des primes qui lui sont transmises pour approbation. Toutefois, les organes de révision doivent disposer d'assez de temps pour leur audit et le rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité des données en vertu de l'art. 6 (art. 8). Les délais suivants ont été fixés en tenant compte du temps de traitement nécessaire à toutes les parties concernées :

- Le délai pour la livraison des données par les assureurs est raccourci d'un mois, avec une nouvelle date butoir au 31 mars.
- La date limite de l'état des données livrées par les assureurs reste fixée au 28 février (ou au 29 les années bissextiles).
- Le délai pour la remise du rapport d'audit par les organes de révision à l'institution commune est raccourci de quinze jours, avec une nouvelle date butoir au 15 avril.
- La date à laquelle l'institution commune doit avoir communiqué les informations de la compensation des risques est avancée au 10 juin, le temps dont elle dispose pour contrôler les données et calculer la compensation des risques restant de deux mois.

Quant au délai de deux mois énoncé à l'al. 4, il doit être raccourci d'un mois.

Si les nouveaux délais entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021, ils s'appliqueront à la livraison des

données en 2021 et au calcul de la compensation des risques de 2020, également en 2021.

#### **4.4 Art. 8 Contrôle des données**

##### *Al. 1*

Les nouveaux délais fixés à l'art. 6, pour les assureurs, et à l'art. 20, pour l'institution commune, ont pour conséquence le fait que les organes de révision devront également remettre plus tôt à l'institution commune leur rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité des données livrées en vertu de l'art. 6. Afin que les organes de révision disposent de suffisamment de temps pour contrôler les données et rédiger leur rapport, le délai fixé à l'art. 8 est raccourci de quinze jours, soit ramené au 15 avril.

#### **4.5 Art. 10 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données**

Lorsque l'institution commune rassemble les ensembles de données des assureurs et qu'elle relie les données par assuré, elle constate des données incorrectes en dépit de contrôles préalables au niveau de l'exactitude et de la cohérence. À titre d'exemple, si des personnes comptent plus de 12 mois d'assurance, il peut s'agir de cas de double assurance ou de cas présumés de double assurance. Sont concernés les assurés en retard de paiement qui ont changé d'assureur malgré l'interdiction légale de le faire. D'autres cas concernent des assurés qui n'ont pas respecté le délai de résiliation ou qui ont conclu, avec des courtiers en assurance, des contrats qu'ils ne souhaitent pas maintenir. Une situation de double assurance peut également survenir lorsque des assurés s'installent à l'étranger sans déclarer leur départ, puis reviennent en Suisse. L'OFSP a analysé les données de la deuxième phase de test (données 2017 avec une période de décompte de 26 mois, données 2018 avec une période de décompte de 14 mois) et constaté que, pour 2018, quelque 7400 personnes comptaient plus de 12 mois d'assurance, dont environ 6100 comptaient même plus de 24 mois d'assurance. Or, l'institution commune ne peut pas modifier ces données, d'où une légère distorsion du calcul de la compensation des risques. Tandis que, pour les cas « récents », l'assureur correct est souvent identifié dans le courant de l'année et que les données peuvent être mises à jour, plus de 50 % des cas restent en suspens pendant plus d'une année. Il est probable que les assureurs n'ont pas connaissance de milliers de rapports d'assurance liés à une assurance double, voire multiple. Quant aux cantons, ils ne peuvent manifestement pas vérifier si un acte de défaut de biens est dû à une double affiliation. Ils partent du principe que les dépenses liées à la prise en charge des actes de défaut de biens provenant des cas de double et multiple assurance sont trop élevées et espèrent que les modifications proposées permettront de les réduire nettement. Les acteurs politiques se sont, eux aussi, emparés de la problématique avec l'interpellation Heim 19.3841 « Double assurance dans l'assurance-maladie. Que compte faire le Conseil fédéral ? » et la motion Maya Graf 19.4195 « Assurance-maladie. Prévenir la double assurance et les assurances multiples ». Le Conseil fédéral entend analyser les cas pour déterminer les mesures à mettre en œuvre.

##### *Al. 3*

L'institution commune est **l'unique acteur** à connaître les assureurs concernés par les situations de double assurance ou d'assurance multiple. La modification des art. 9 et 10 OAMal crée les bases légales permettant à l'institution commune d'informer, sur la base des données rassemblées, les assureurs qui comptent dans leur effectif des assurés affiliés depuis 13 mois ou plus. Les assureurs pourront mettre fin aux rapports d'assurances non conformes à la LAMal dans les 3 à 12 mois (cf. commentaire sur l'art. 9 OAMal au ch. 4.10). Les données livrées par les assureurs dans l'année qui suit celle de la compensation des risques contiendront alors moins d'erreurs, et le calcul de la compensation des risques sera, par conséquent, plus exact. Les données déjà livrées par les assureurs et les données consolidées par l'institution commune ne sont pas corrigées.

L'institution commune ne transmet pas de données personnelles. Concrètement, elle informe par courriel les assureurs concernés par des cas d'assurance multiple une fois que le calcul de la compensation des risques est terminé et que les informations suivantes sont disponibles dans SORA :

- le numéro de ligne correspondant à l'assuré dans les données livrées par les assureurs concernés,
- les nom et numéro d'identification des autres assureurs concernés.

En tant qu'organe chargé de gérer la compensation des risques, l'institution commune peut communiquer ces données aux assureurs concernés (art. 84a, al. 1, let. a LAMal). En effet, cette annonce leur permettra de mettre à jour efficacement les cas actuellement « insolubles » d'assurance multiple, donc d'améliorer la base de données de la compensation des risques et, partant, le calcul de cette dernière.

#### **4.6 Art. 18a Allègement pour les jeunes adultes**

##### *Al. 4*

L'adaptation corrige une formulation imprécise. Elle n'induit aucun changement matériel.

#### **4.7 Art. 20 Décompte de soldes et information**

À la demande des assureurs, la date énoncée à l'art. 20 à laquelle le décompte de soldes et les informations supplémentaires ayant trait aux assurés doivent leur avoir été communiqués doit, elle aussi, être avancée d'un mois. Cette modification est possible dans la mesure où le délai imposé par l'art. 6 aux assureurs pour la livraison des données à l'institution commune est lui aussi raccourci d'un mois. Le temps dont dispose cette dernière pour le contrôle des données et le calcul de la compensation des risques reste ainsi de deux mois. L'OFSP est favorable à cette réduction des délais. Une date limite au 10 juin pour le décompte de soldes et la communication des informations supplémentaires est nécessaire pour que les résultats de la compensation des risques puissent être intégrés au calcul des primes.

La prise en compte des PCG dans le calcul de la compensation des risques introduit une incertitude significative – et croissante – dans la prévision de cette dernière. Après avoir obtenu les informations de la compensation des risques de l'année précédente, les assureurs pouvaient jusqu'ici calculer précisément les dépenses effectivement encourues l'année en question pour leurs prestations et les exploiter pour leurs prévisions. Les informations qui sont mises à leur disposition pour la compensation des risques en vertu de l'art. 20 ne leur permettent plus un calcul ou une prévision exacts. Ils demandent donc que cet article soit modifié de manière à ce que ces informations soient complétées par la répartition des assurés dans les groupes de risques et les PCG ainsi que par le montant de la redevance de risque ou de la contribution de compensation pour chaque assuré.

Les arguments des assureurs sont compréhensibles. Afin qu'ils puissent calculer correctement les primes et déterminer les réductions accordées sur les formes d'assurance impliquant un choix limité, conformément aux dispositions de l'OAMal, l'art. 20 doit être à nouveau complété par d'autres données agrégées et individuelles. La nouvelle disposition comporte deux alinéas.



## Al. 1

### *Phrase introductive*

Le verbe « communique » remplace l'expression « met à la disposition ». Il s'agit d'une adaptation purement rédactionnelle.

### *Let. a*

Outre le montant total et les mois d'assurance, le décompte de soldes par canton et par groupe de risque doit désormais aussi indiquer, sous forme agrégée, les trois composantes de la (future) compensation des risques :

- la somme des redevances de risque ou la somme des contributions de compensation,
- la somme des suppléments pour PCG,
- la somme des allègements pour les jeunes adultes et la somme des charges financières des adultes âgés de 26 ans et plus. Comme le terme « charge » n'apparaît ni dans l'art. 16a LAMal, ni dans l'OCOR, il est défini à la let. a, ch. 4.

L'énumération (ch. 1 à 5) de la let. a est considérée comme exhaustive.

### *Let. b*

Dans sa nouvelle version, la let. b énumère les données individuelles relatives aux personnes assurées chez lui durant l'année de compensation que l'institution commune devra communiquer à chaque assureur :

- les PCG de l'année précédente,
- l'indication d'un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente,
- l'indication d'un changement d'assureur au cours de l'année précédente.

Une personne est réputée avoir changé d'assureur l'année précédente si elle était assurée auprès d'un ou de plusieurs autres assureurs cette année-là.

En principe, les assureurs pourraient établir eux-mêmes la répartition dans les PCG et la présence d'un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social sur la base des données dont ils disposent pour leur effectif. Seule l'information relative au changement d'assurance, si elle est croisée avec la répartition en PCG et l'indication d'un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social, pourrait porter atteinte aux droits de la personnalité d'un assuré qui rejoindrait l'effectif de l'assureur au début d'une année de compensation des risques. À ce stade, le nouvel assureur ne connaît pas encore l'état de santé de son client. S'il s'agit d'une personne malade, il va alors peut-être avoir accès à des informations sensibles que seul l'assureur précédent connaissait jusqu'ici. À noter qu'au moment du changement d'assurance du nouveau client, le nouvel assureur ne dispose d'aucune information sur les prestations, les séjours et les PCG de l'année précédente. Ce n'est qu'au bout de 17 mois qu'il reçoit de l'institution commune les informations de l'ancien assureur concernant les PCG et les séjours. Les personnes concernées seront la plupart du temps des assurés souffrant de maladies chroniques avec attribution de PCG, des assurés qui continueront d'être répertoriés par les indicateurs de morbidité chez leur nouvel assureur. Compte tenu de l'utilité de ces informations pour l'exactitude du calcul des primes et des réductions accordées sur certaines formes d'assurance, on ne peut que s'accommoder de cette conséquence. L'institution commune entre ces données dans SORA. L'accès à SORA est limité à deux personnes au maximum pour tous les assureurs. Ces personnes, tout comme l'institution commune, sont responsables de veiller à ce que l'utilisation des données préserve l'anonymat des assurés (art. 26, al. 2).

*Al. 2*

Selon l'institution commune, la mise en œuvre technique de cette requête ne pose aucun problème. Il s'agit d'attribuer à chaque assuré un enregistrement unique comprenant les informations « PCG », « séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social » et « code de changement d'assurance ». L'institution commune transmet les données visées à l'al. 1, let. b, grâce au numéro de ligne des données livrées par les assureurs. L'anonymat des assurés est ainsi préservé.

**4.8 Art. 22**

*Al. 2*

L'al. 2 a été complété, hiérarchisé et partiellement précisé. L'allègement des assureurs par jeune adulte et la charge financière des assureurs par assuré âgé de 26 ans et plus sont, par canton, identiques pour tous les assureurs. Ces montants ne seront donc plus communiqués séparément à chaque assureur (cf. art. 20, let. b et c en vigueur), mais inclus dans la statistique.

*Al. 4*

La statistique et le rapport seront toujours publiés chaque année, au plus tard le 10 juin.

*Al. 6*

L'année civile où les assurés atteignent leurs 19 ans, ils sont attribués au groupe d'âge des « jeunes adultes » dès le 1<sup>er</sup> janvier. Leurs mois d'assurance, contrairement à ceux des enfants, sont pris en compte dans la compensation des risques. Pour pouvoir calculer correctement les primes de ce groupe d'âge également pour les diverses formes d'assurances et conformément aux directives de l'OAMal, les assureurs doivent avoir connaissance des informations concernant les enfants. Les assureurs livrent déjà à l'institution commune les données des assurés du groupe d'âge allant de 0 à 18 ans en vertu de l'art. 6, al. 1, let. a à i. L'institution commune consolide ces données et publie dans la statistique, par sexe et par indication d'un séjour à l'hôpital au cours de l'année précédente, le nombre de mois d'assurance, le montant des prestations brutes et la participation aux coûts, par canton et pour l'ensemble de la Suisse. Cette pratique sera désormais inscrite à l'al. 6. L'institution commune ne publie pas de données renvoyant à une personne déterminée ou déterminable. L'anonymat des assurés est préservé.

**4.9 Art. 26 Protection des données**

*Al. 2*

Dans les cas d'assurance double ou multiple, l'institution commune sera habilitée par l'art. 10 à informer les assureurs concernés. La disposition relative à la protection des données sera complétée dans ce sens.

#### **4.10 Art. 9 OAMal Fin des rapports d'assurance**

##### *Al. 2*

Les assureurs ont pour mandat de gérer l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal et à ses ordonnances d'exécution. Même si la LAMal ne l'énonce pas explicitement, la doctrine et la jurisprudence constante du Tribunal fédéral interdisent la double assurance (BGE 130 V 448).

Si les assureurs apprennent, notamment par une communication de l'institution commune, qu'une personne de leur effectif est assurée en parallèle chez un ou plusieurs autres assureurs, ils sont tenus, conformément à la nouvelle disposition de l'art. 9, al. 2, OAMal, d'analyser le cas avec le ou les autres assureurs dont ils ont connaissance. Conformément aux dispositions de la LAMal relatives au caractère obligatoire de l'assurance, les assureurs doivent mettre fin aux rapports d'assurance non conformes après avoir entendu la personne concernée. Ils rendent pour cela une décision au sens de l'art. 49 LPG. Comme à l'heure actuelle, les cas d'assurance multiples ne sont souvent pas identifiés et que l'assureur ne connaît pas les autres assureurs concernés, la communication par l'institution commune au sens de l'art. 10, al. 3, du présent projet réduira la charge de travail que représente pour les assureurs la mise à jour de leur effectif. Ainsi, cet allègement devrait davantage inciter les assureurs à mettre à jour leurs données.

## **5 Entrée en vigueur**

Il est prévu que la présente modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Elle serait donc déjà applicable au calcul de la compensation des risques 2020.