



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

Rapport sur les résultats de l'audition

Berne, juin 2016

Table des matières

1	Contexte	4
2	Réponses reçues	4
3	Vue d'ensemble	5
3.1	Approbation du projet	5
3.2	Approbation de principe d'un affinement de la compensation des risques par l'indicateur PCG, mais avec des suggestions ou des propositions de modification ou de règles différentes	5
3.3	Soutien aux objectifs de la révision, mais demande de remaniement du projet	5
3.4	Rejet du projet	5
3.5	Ni approbation ni rejet.....	5
3.6	Renonciation à prendre position	5
4	Résultats portant sur la révision dans son ensemble.....	6
5	Résultats portant sur les différents articles ou sections.....	14
5.1	Section 1 Indicateurs de morbidité	14
	Art. 1 Indicateurs	14
	Art. 3 Indicateur « séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social » ...	15
	Art. 4 Liste des PCG	15
	Art. 5 Indicateur « PCG »	17
	Art. 6 Indicateur « coût des médicaments »	18
5.2	Section 2 Remise et contrôle des données	19
	Art. 7 Remise des données	20
	Art. 8 Données des assureurs qui ne sont plus actifs	24
	Art. 9 Contrôle des données	24
5.3	Section 3 Calcul de la compensation des risques	24
	Art. 10 Effectifs des assurés	25
	Art. 11 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données	25
	Art. 12 Répartition des assurés en groupes de risque	26
	Art. 13 Répartition en relation avec les PCG et le coût des médicaments.....	26
	Art. 14 Calcul de la moyenne de groupe.....	27
	Art. 16 Suppléments pour PCG et pour coût des médicaments.....	29
	Art. 17 Fixation des suppléments pour PCG et pour coût des médicaments.....	29
	Art. 20 Prise en compte des assureurs qui ne sont plus actifs	29
5.4	Section 4 Paiements au titre de la compensation des risques	30
	Art. 21	30
5.5	Section 5 Décompte de soldes et corrections	30

	Art. 23 Corrections après remise de données incorrectes	30
5.6	Section 6 Rapports	31
	Art. 24	31
5.7	Section 7 Financement et exécution.....	33
	Art. 25 Frais d'administration	33
	Art. 26 Fonds.....	33
5.8	Section 8 Protection des données, procédure et mesures de surveillance	33
	Art. 28 Protection des données	33
	Art. 30 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre.....	34
5.9	Section 9 Analyse des effets	34
	Art. 31	34
5.10	Section 10 Dispositions finales	34
	Art. 34 Disposition transitoire	35
	Art. 35 Entrée en vigueur	35
5.11	Dispositions à redéfinir	36
5.12	Autres propositions	36

Annexe

38

Liste des participants à l'audition et abréviations

1 Contexte

Le 28 décembre 2015, le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les cantons, les partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale, les associations faîtières nationales des communes, des villes et des régions de montagne, ainsi que celles de l'économie, de même que les autorités, les associations de consommateurs et les organisations du domaine de la santé, à se prononcer sur la révision totale de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)¹. Cette révision prévoit d'affiner encore la compensation des risques. Il s'agit de définir dans l'ordonnance l'indicateur de morbidité « groupe de coûts pharmaceutiques » (PCG), établi à l'aide de données du secteur ambulatoire. La révision comprend également une adaptation du calcul de la compensation des risques. D'autres dispositions prévoient des modifications d'ordre linguistique et parfois aussi des adaptations du contenu. Par ailleurs, la nouvelle ordonnance est restructurée et la numérotation des articles est entièrement nouvelle. Au total, 108 autorités et organisations intéressées ont été invitées à se prononcer. Les documents mis en consultation ont aussi été publiés sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'audition a pris fin le 1^{er} avril 2016.

2 Réponses reçues

En tout, 56 réponses ont été remises, dont 50 de participants officiels et 6 d'organisations non officiellement consultées. Deux cantons (UR et SZ) et quatre autres destinataires officiels ont fait savoir qu'ils renonçaient à se prononcer sur le contenu. Trois autres cantons (BL, JU et SH) n'ont pas pris part à la consultation. Sur les douze partis consultés, seuls trois ont répondu (PLR, PSS et UDC).

	Destinataires	Invités	Ayant répondu	Réponses spontanées	Total
1	Cantons	27	21	---	21
2	Partis politiques	12	3		3
3	Autorités	3	1		1
4	Associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne	3	-		-
5	Associations faîtières de l'économie	8	3		3
6	Associations de consommateurs	3	3		3
7	Fournisseurs de prestations	37	11	2	13
8	Patients, usagers	5	1		1
9	Assureurs	6	4	3	7
10	Autres	4	3	1	4
	Total	108	50	6	56

Le présent rapport donne une vue d'ensemble sur les résultats de l'audition. La liste des participants (avec les abréviations utilisées dans le rapport) figure en annexe.

¹ Les documents peuvent être téléchargés à l'adresse suivante : <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2015.html>, procédures de consultation et d'audition terminées, 2015, DFI.

3 Vue d'ensemble

3.1 Approbation du projet

Cantons (17) : AR, BE, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, VD, VS, ZG, ZH

Autorités (1) : GDK

Associations faitières de l'économie (1) : SGB

Fournisseurs de prestations (2) : ChiroSuisse, FAMH

Divers (1) : WEKO

3.2 Approbation de principe d'un affinement de la compensation des risques par l'indicateur PCG, mais avec des suggestions ou des propositions de modification ou de règles différentes

Cantons (4) : AI, AG, BS, TG

Partis (3) : PLR, UDC, PSS

Associations faitières de l'économie (2) : economiesuisse, SGV

Associations de consommateurs (1) : SKS

Fournisseurs de prestations (7) : BEKAG, FMH, K3, pharmaSuisse, VLSS, VSAO, VSÄG

Patients (1) : SPO

Assureurs (4) : curafutura, Groupe mutuel, RVK, santésuisse

Divers (3) : BFG, CP, FER

3.3 Soutien aux objectifs de la révision, mais demande de remaniement du projet

Fournisseurs de prestations (2) : GSASA, H+

Assureurs (1) : Assura

3.4 Rejet du projet

Associations de consommateurs (2) : ACSI, FRC

3.5 Ni approbation ni rejet

Fournisseurs de prestations (1) : PULSUS

Assureurs (1) : GE KVG

3.6 Renonciation à prendre position

Cantons (2) : SZ, UR

Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne (1) : SSV

Associations faitières de l'économie (1) : SAV

Fournisseurs de prestations (2) : CURAVIVA, VKZS

4 Résultats portant sur la révision dans son ensemble²

Cantons

Abstraction faite de **SZ** et **UR**, qui ont renoncé à se prononcer sur le contenu, tous les cantons (**AI, AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**) sont favorables à la révision totale de l'ordonnance, et en particulier à l'affinement de la compensation des risques entre les assureurs de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les cantons approuvent tous l'intégration de l'indicateur de morbidité « groupes de coûts pharmaceutiques » (PCG) dans le calcul de la compensation des risques. Pour **AG**, il est clair que la solidarité entre les assurés doit être renforcée. Mais comme cela ne peut se faire uniquement par les mécanismes du marché, une réglementation en la matière est nécessaire. **AG** et **BE** relèvent que le système de compensation des risques actuel n'a que partiellement permis d'atteindre les objectifs visés et qu'il ne fonctionne pas de manière satisfaisante malgré les améliorations déjà apportées. Les différences de primes restent très importantes, et la sélection des risques présentés par les assurés n'a pas diminué. **BE** est donc favorable à toute démarche visant à améliorer la compensation des risques. **TI** réaffirme son soutien à l'affinement de la compensation des risques car celui-ci contribue à réduire la sélection des risques entre les assureurs-maladie. **GE** estime que cette amélioration devrait diminuer l'intérêt des stratégies de sélection des risques, évitant de ce fait des hausses de primes compensatoires chez les assureurs qui ne pratiquent aucune sélection. Il ajoute qu'il s'agit d'une mesure nécessaire pour l'équilibre et la pérennité de notre système d'assurance-maladie sociale. Pour **FR** le projet de révision va dans la bonne direction. Il souligne que la complexité des PCG est bien supérieure à celle des autres indicateurs utilisés dans le cadre de la compensation des risques. Il lui semble important que le DFI veille à ce que la complexité de la gestion de ce nouvel indicateur ne mette à aucun moment en péril le fonctionnement du système de compensation des risques. **FR** souligne également que l'introduction du nouvel indicateur permettra d'affiner la compensation des risques et de rendre la chasse aux bons risques encore moins intéressante pour les assureurs-maladie et que cette évolution doit par conséquent être saluée et soutenue. **BS** trouve positif que les données relatives aux indicateurs de morbidité des assurés qui changent d'assureur entrent intégralement dans le calcul de la compensation des risques, ce qui a pour effet de rendre plus attractifs pour le nouvel assureur ceux de ces assurés qui sont chroniquement malades. **VD** se prononce favorablement sur la méthode de double régression par moindre carré. Il relève que, s'agissant des données remises par les assureurs à l'institution commune LAMal (art. 7 ss p-OCOR), cela conduira à l'obtention – inédite – d'une base de données individuelles et exhaustives au niveau suisse. Il conviendrait de prévoir la base légale formelle permettant que ces données, dûment anonymisées (en termes d'individu et d'assureur), soient disponibles pour les autorités compétentes qui doivent réguler le domaine de l'assurance obligatoire des soins (à savoir la Confédération et les cantons), voire pour des fins de recherche. **AI** et **TG** saluent l'intégration de l'indicateur « PCG » et la modification de l'indicateur « coût des médicaments », notamment parce que ceux-ci permettent de reconnaître les assurés qui engendrent des coûts élevés sans séjour en hôpital au cours de l'année précédente et de décharger les assureurs en conséquence. Cela aurait pour effet de réduire l'incitation à la sélection des risques. **ZH** approuve sans réserve la révision totale proposée.

Mais les cantons émettent aussi des réserves et des objections. **VD** fait remarquer que la notion de « PCG » peut porter à confusion avec d'autres assurances sociales, dont les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. C'est pourquoi il préconise de retenir la formulation « GCP » et non « PCG ». En outre, il relève qu'il manque encore vraisemblablement

² Sont présentées d'abord les réponses des cantons, puis celles des partis, et enfin celles des autres groupes, dans l'ordre alphabétique des dénominations en allemand.

certaines critères évidents, notamment concernant les DRG ou via d'autres groupeurs. **BS** déplore que le commentaire n'indique pas dans quelle mesure le nouvel indicateur PCG augmentera la valeur explicative de la formule de la compensation des risques et quels frais administratifs supplémentaires les nouvelles exigences en matière de remise des données entraîneront pour les assureurs. Le passage aux données individuelles pseudonymisées pour tous les assurés soumis à la compensation des risques pourrait avoir une portée considérable sur les frais d'administration des assureurs. Pour **AG**, il est important que les frais administratifs supplémentaires qui résulteront de l'ajout de nouveaux critères à la compensation des risques restent raisonnables. Le rapport entre les charges administratives supplémentaires et le bénéfice apporté par le nouveau système doit être favorable. **TG** estime que, pour les adaptations futures de la compensation des risques, il faudrait vérifier l'efficacité des indicateurs déjà établis. Les indicateurs constituent aussi des incitations ; ils peuvent aller dans la bonne direction, mais aussi avoir des effets indésirables. C'est le cas, par exemple, de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS ». Si celui-ci est maintenu, il pourrait avoir pour effet négatif d'augmenter le nombre d'hospitalisations. Sans aller aussi loin, **AI** trouve qu'il faudrait examiner si cet indicateur n'a pas indirectement pour effet d'augmenter le nombre d'hospitalisations, du fait que les assureurs obtiennent davantage d'argent pour les mêmes patients si ceux-ci ont été hospitalisés l'année précédente. **AI** et **TG** suggèrent, pour les adaptations futures, de développer ou de maintenir des indicateurs qui favorisent une évolution dynamique vers une diminution des hospitalisations. De manière générale, il faudrait prendre en considération ceux qui incitent les assureurs non à pratiquer la sélection des risques, mais à viser un traitement optimal et donc avantageux des assurés.

Les cantons ont tous choisi de ne pas donner d'avis détaillé sur les diverses dispositions de l'ordonnance. Un des arguments avancés est que la mise en œuvre technique de la compensation des risques ne les concerne pas (notamment **GL**, **GR**, **LU**, **OW**, **SG** et **ZG**).

Partis politiques

Trois des partis représentés à l'Assemblée fédérale se sont prononcés. Leurs avis sont partagés. Pour le **PLR**, une compensation des risques moderne et fonctionnant bien est une composante essentielle du système de santé. Elle fait en sorte que le modèle commercial de « la chasse aux bons risques » ne soit plus une option. Une compensation des risques en constante amélioration garantit que la concurrence joue là où elle apporte un plus aux assurés : la prévention et un meilleur service à des prix plus avantageux. Ce sont surtout les malades chroniques qui en profiteront. Le **PLR** félicite expressément l'OFSP de faire avancer le dossier de la compensation des risques. La recherche et les expériences faites dans d'autres pays montrent clairement que l'indicateur PCG est judicieux pour affiner la compensation des risques. Mais le **PLR** désapprouve que l'institution commune livre à l'OFSP les données individuelles comme le prévoit l'art. 7 du projet, car selon lui c'est inutile, disproportionné et non conforme à la législation sur la protection des données. La dérogation à la protection des données en faveur de l'OFSP (art. 28, al. 1, p-OCOR) n'est pas nécessaire non plus et doit être biffée. Enfin, le **PLR** plaide pour que les nouvelles règles passent par une phase de test, afin que l'on puisse en éprouver correctement les effets et l'applicabilité. Le **PSS** indique que, même après avoir pris acte du rejet de son initiative populaire pour une caisse publique d'assurance-maladie le 28 septembre 2014, il reste persuadé que seul un tel modèle éviterait de nombreux exercices législatifs visant la correction des multiples maux générés par la concurrence entre les caisses-maladie. Ce nonobstant, le **PS** concède qu'il est nécessaire de doter la Confédération des mécanismes les plus efficaces possibles pour parer aux conséquences négatives de la concurrence, dont la chasse aux bons risques. Le **PSS** tient à manifester son soutien aux nouvelles dispositions de l'OCOR, dont l'introduction du nouvel indicateur de morbidité « PCG ». Le **PSS** ajoute soutenir également la disposition selon laquelle le DFI édictera la liste des PCG dans le cadre d'une ordonnance du département. A ce sujet, il insiste sur

l'importance d'une représentation équilibrée des parties prenantes dans la Commission fédérale des médicaments (CFM), en particulier des représentants des patients, dans le cadre de sa fonction consultative. Le PSS est d'avis qu'il est absolument essentiel que la compensation des risques ne tienne pas seulement compte des maladies chroniques, mais aussi des autres pathologies dont on peut guérir ou peu fréquentes et qui génèrent des coûts élevés pour l'assurance obligatoire des soins. C'est pourquoi il approuve le maintien de l'indicateur « coût des médicaments » pour ceux qui ne sont pas attribués à un PCG. En revanche, le PSS rejette strictement la fixation d'un seuil nettement supérieur aux 5'000 francs qui prévalent actuellement. Cela affaiblirait inutilement les effets de la compensation des risques. L'**UDC** approuve la direction générale du projet, mais trouve que l'introduction de l'indicateur de morbidité PCG est un projet complexe, dont la mise en œuvre va de pair avec diverses difficultés. C'est pourquoi, selon elle, une phase d'essai serait utile pour juger de l'applicabilité des PCG et en tester les effets. Elle devrait durer deux ans, et l'introduction des PCG serait en conséquence reportée à 2021, afin que les données requises pour en évaluer les effets soient aussi complètes que possible. Par ailleurs, l'ordonnance devrait aussi régler le retour des données aux assureurs, car les résultats de la compensation des risques influent sur le calcul des primes.

Autorités

Le comité de la **GDK** soutient le projet du Conseil fédéral prévoyant l'intégration de l'indicateur de morbidité supplémentaire « groupes de coûts pharmaceutiques » dans le calcul de la compensation des risques et renonce à rendre un avis détaillé sur sa mise en œuvre technique.

Associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne

SSV a communiqué qu'en dépit de l'importance incontestée du projet, elle était contrainte de renoncer à rendre un avis, faute de capacités suffisantes.

Associations faîtières de l'économie

Les milieux économiques approuvent le projet sur le fond, quoique avec des réserves. **Economiesuisse** approuve la révision totale de l'ordonnance et salue l'affinement de la compensation des risques au moyen de l'indicateur « coût des médicaments » en tant que solution transitoire et de l'indicateur « PCG » en tant que solution durable. Mais elle juge que la modification du premier n'est pas nécessaire. La compensation des risques ne doit pas être poussée à l'extrême. Certains risques et inégalités devraient rester dans le système. En effet, il s'agit ici du système de l'assurance-maladie et non d'une caisse unique. Du point de vue des milieux économiques, il est regrettable que le projet ne définisse ni les objectifs fondamentaux de la compensation des risques, ni le processus de développement de celle-ci. Ces deux éléments la rendraient mieux compréhensible, et donc prévisible, pour tous les intéressés. En raison du partage des tâches avec **economiesuisse**, **SAV** s'abstient de remettre sa propre réponse. **SGB** soutient l'affinement proposé de la compensation des risques. L'indicateur PCG permet en effet de réduire l'incitation à la sélection des risques. **SGV** approuve sur le fond la révision totale proposée, mais s'oppose sans équivoque à ce que l'institution commune doive fournir à l'avenir des données individuelles à l'OFSP : de son point de vue, une telle remise de données n'est pas nécessaire à l'application de la compensation des risques, et elle n'est pas non plus conforme à la loi. Pour le calcul des paiements finals, **SGV** propose de se référer chaque fois aux ensembles de données complets concernant les coûts. Enfin, elle se prononce en faveur d'une phase test avant l'introduction définitive de la compensation des risques adaptée. Il ne faudrait toutefois pas que cela en retarde l'entrée en vigueur.

Associations de consommateurs

Les participants de ce groupe saluent la volonté de lutter contre la sélection des risques. L'affinement de la compensation des risques selon le projet du DFI rencontre l'approbation, mais aussi le rejet de certains d'entre eux. La **FRC** et l'**ACSI** saluent la volonté de lutter contre les mécanismes de sélection des risques, mais estiment que les propositions mises en consultation ne pourront pas offrir de réelles solutions, ni d'avancées pour le système d'assurance obligatoire des soins. Selon elles, le problème de fond demeure : le système d'assurance-maladie dysfonctionne et la concurrence entre les caisses maladies n'agit pas sur les bons leviers. La FRC explique avoir mis en consultation publique, le 29 février 2016, un projet de caisses de compensation cantonales ou régionales, élaboré en partenariat avec les principaux acteurs de la santé en Suisse romande, qui permettrait de mettre fin aux mécanismes de sélection des risques. En revanche, la **SKS** salue le projet du DFI d'affiner la compensation des risques dans l'assurance-maladie obligatoire, revendication qu'elle avance depuis longtemps. Une compensation des risques améliorée permet de restreindre encore la sélection des risques de la part des assureurs-maladie. Son extension au moyen de l'indicateur PCG lui paraît appropriée pour décharger les caisses-maladie comptant des assurés dont le besoin de prestations est élevé. Du point de vue de la SKS, il est essentiel d'examiner, après l'introduction de cette adaptation, si celle-ci déploie l'effet souhaité et réduit la sélection des risques. Dans la négative, il faudrait envisager d'autres mesures. De plus, comme les données à relever sont des informations personnelles sensibles, il faudrait en tout temps garantir une protection maximale des données. Pour les institutions concernées (DFI, OFSP, CFM et GE KVG), l'affinement de la compensation des risques implique un surcroît de travail considérable. Elles devraient être dotées des ressources nécessaires pour pouvoir accomplir ces tâches supplémentaires.

Fournisseurs de prestations

Les fournisseurs de prestations réservent au projet un accueil mitigé. **ChiroSuisse** salue l'affinement de la compensation des risques au moyen d'autres indicateurs de morbidité appropriés. **CURAVIVA**, pour qui ce projet n'est pas d'une importance primordiale, renonce à donner son avis, également en raison de ressources limitées.

La **BEKAG**, la **FMH** et **VLSS** continuent de soutenir les efforts qui devraient aboutir à un affinement raisonnable de la compensation des risques, susceptible de restreindre largement les incitations possibles à la sélection des risques. Pour la **FMH**, il est décisif que ces efforts débouchent aussi sur une amélioration de la compensation des risques. Rien dans les documents n'explique pourquoi le modèle hollandais a été repris et si d'autres modèles ont été examinés. La FMH juge absolument nécessaire de procéder à des essais pilotes et d'en communiquer les résultats avant de mettre en vigueur l'ordonnance et la liste des PCG. **Les trois sociétés médicales** soulignent expressément que l'amélioration de la compensation des risques doit rester gérable avec des frais administratifs raisonnables. Cela concerne aussi bien les charges des assureurs-maladie que celles de l'OFSP. La limite leur semble maintenant atteinte. Elles mettent en garde contre le risque de tomber dans le perfectionnisme scientifique dans le cadre de la mise en œuvre et de perdre ainsi un rapport coût/bénéfice raisonnable. **SBV** ne s'oppose pas à un affinement de la compensation des risques. Elle reconnaît que des expériences positives ont été faites aux Pays-Bas avec l'indicateur PCG. Mais toutes ces bonnes intentions ne doivent pas faire oublier qu'une compensation des risques ainsi affinée va de pair avec une limitation de la liberté entrepreneuriale des caisses-maladie. Il ne faut pas contredire par une ordonnance la volonté du peuple de ne pas créer une caisse unique. Pour SBV, cette compensation des risques affinée ne doit pas non plus aboutir à une augmentation excessive des charges administratives des caisses et à un gonflement supplémentaire de l'administration fédérale, qui exerce la surveillance sur elles. Enfin, il importe de garantir que les

données que l'OFSP recueille de cette manière ne soient pas détournées de leur but. Il faut en outre déterminer si les données à remettre doivent effectivement comprendre des données individuelles. Le numéro d'assuré AVS permet de faire de diverses manières des déductions sur la personne assurée. Etant donné que ces données ont trait à l'état de santé, et sont donc sensibles, la retenue s'impose. L'année de naissance suffit pour déterminer le groupe d'âge. **PULSUS** aussi juge nécessaire de prendre les plus grandes mesures de sécurité concernant la protection des données des patients, qui sont des données sensibles, afin d'éviter tout usage abusif de celles-ci. Elle trouve positif que les indicateurs « séjour en hôpital », « PCG » et « coût des médicaments élevé » rendent les malades chroniques qui changent d'assureur plus attractifs pour le nouvel assureur. **VSÄG** accepte le principe du projet. Toutefois, elle est d'avis qu'il implique un risque certain et inutile par rapport à la protection des données de la sphère privée.

H+ et **GSASA** soutiennent les objectifs visés par la révision de l'OCOR. Mais ils jugent indispensable que le projet soit remanié par des experts des organisations qui sont directement et indirectement concernées. Ils voient en particulier d'un œil critique le recours au GTIN. Tous deux observent aussi que l'élaboration et la gestion de la liste des PCG donnera beaucoup de travail. Elles nécessiteront des ressources en personnel spécialisé et généreront des charges supplémentaires considérables pour l'assurance-maladie sociale. **K3** salue, dans la compensation des risques entre les assureurs-maladie, la recherche de solutions qui réduisent les incitations à la sélection des bons risques. Mais au regard des principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, il faut aussi se demander dans quelle mesure les améliorations effectives justifient les charges administratives supplémentaires et la hausse des coûts qui leur est liée. **K3** fait observer que les nouveaux indicateurs introduits entraîneront des coûts administratifs considérables à l'intérieur et autour de la gestion des assureurs-maladie, et doute fortement que la compensation des risques en soit améliorée dans une mesure notable. Elle propose donc que les nouveaux indicateurs soient évalués après deux ans, par exemple, et qu'ils soient abandonnés si aucun effet positif évident n'est relevé par rapport au système antérieur. **VSAO** approuve sur le fond l'affinement de la compensation des risques par l'intégration de l'indicateur de morbidité PCG, mais suggère, pour l'indicateur coût des médicaments, de maintenir à 5000 francs la limite de coûts pour les prestations brutes.

PharmaSuisse soutient tous les efforts qui visent à corriger les effets négatifs dans le système de la santé. Elle rejette une sélection des risques telle que celle pratiquée aujourd'hui par les caisses bon marché, qui empêche une concurrence durable au niveau de la qualité. Elle salue en conséquence tout affinement raisonnable de la compensation des risques, dans l'espoir que celui-ci fasse définitivement perdre tout attrait à la sélection des risques. Il faut pour cela de véritables incitations à une concurrence saine, qui tienne compte de la qualité. L'objectif devrait être la fourniture de soins de qualité aux assurés. PharmaSuisse est toute disposée à soutenir l'OFSP en lui fournissant les données de décompte des pharmaciens à la charge de l'AOS. Mais, de manière générale, se pose ici la question de la qualité des chiffres obtenus à l'extérieur des pharmacies. PharmaSuisse juge en outre inapproprié le recours au numéro GLN/GTIN. Celui-ci devrait être remplacé par le code ATC.

FAMH fait savoir qu'elle n'a pas de remarques ou d'objections à apporter. De son côté, **VKZS** observe que les dentistes et le personnel dentaire, dans l'exercice de leur profession, de même que les patients, dans le cadre d'un traitement dentaire, ne sont pas concernés ou ne le sont que marginalement, raison pour laquelle l'association renonce à donner son avis.

Patients

SPO, unique participant du groupe des patients, salue sur le fond l'affinement de la compensation des risques par l'introduction des PCG. L'indicateur « coût des médicaments » modifié est lui aussi important, car il permet d'empêcher la sélection des risques. Par contre, **SPO**

s'oppose également à ce que les données remises comprennent le numéro AVS, car la compensation des risques peut être calculée avec la pseudonymisation exigée, sans numéro AVS.

Assureurs

Assura³ est d'avis que le projet doit être revu, car il est incomplet et entaché de défauts rédhibitoires. Assura explique que la compensation des risques ne doit pas être appréciée de façon isolée mais doit s'inscrire dans une réflexion globale sur le problème principal du coût du système de santé suisse. Assura considère que, sans outils permettant aux assureurs d'intervenir en parallèle sur les coûts eux-mêmes, le système consistera en une compensation des coûts au détriment d'une compensation des risques et que les assureurs ne pourront pas atteindre de manière optimale le mandat d'économicité des coûts de la santé qui leur a été confié dans la LAMal. Assura craint que le système proposé, impliquant la mise en place d'une machine administrative gigantesque, n'apporte finalement pas un affinement réel de la compensation des risques. Le système proposé peut être critiqué sur les points suivants : incompatibilité du système du tiers garant avec le critère PCG ; nécessité de prévoir une phase de test avant la mise en œuvre du projet ; nécessité de définir clairement le processus pour fixer la liste des PCG et de prévoir une instance neutre contrôlant la motivation y ayant abouti ; maintien inacceptable du critère « coût des médicaments ». Pour tous ces motifs, il conviendrait de repenser le système proposé dans le sens qui est par ailleurs déjà mentionné dans le rapport explicatif (tenir compte des DRG), tout en le combinant avec d'autres mesures favorisant effectivement la maîtrise des coûts. En d'autres termes, il conviendrait d'établir un paquet législatif pour intervenir en même temps à différents niveaux sur le système de santé suisse dans le but de maîtriser les coûts de la santé.

Curafutura soutient la révision totale présentée, à condition que les adaptations suivantes y soient apportées :

- Exhaustivité des données : pour le calcul des paiements finals, il faut toujours se référer aux ensembles de données complets concernant les coûts.
- Pas de remise de données individuelles à l'OFSP : il n'existe ni motif évident ni base légale formelle pour la transmission de telles données à l'OFSP. Il importe donc d'adapter la disposition prévue afin de respecter les dispositions afférentes de la législation sur la protection des données, à savoir le respect du principe de proportionnalité.
- Phase de test avant l'introduction en 2019 : il importe de procéder à une phase d'essai afin de garantir l'application correcte de la compensation des risques. Mais il ne doit pas en résulter un report de la date d'entrée en vigueur.

Le **Groupe Mutuel**⁴ accueille favorablement l'introduction de l'indicateur de morbidité « PCG », qui permet de mieux tenir compte des maladies chroniques dans le cadre du calcul de la compensation des risques. Toutefois, il signale que cet indicateur ne permet pas, dans le système du tiers garant, de tenir compte de l'ensemble des coûts, notamment lorsque les factures des assurés ne sont pas transmises à l'assureur, compte tenu du fait que la franchise n'est pas atteinte. Par ailleurs, il estime que le seuil d'attribution devrait être fixé sur la base d'une analyse chiffrée. Selon lui, le seuil actuellement proposé (CHF 50 000.–) est insuffisamment étayé. En revanche, il rejette l'introduction de l'indicateur de morbidité « coût des médicaments », au motif que celui-ci ne concerne pas une compensation de risques, mais une compensation des coûts.

La **RVK** salue l'introduction des PCG en tant que nouvel indicateur de morbidité pour la compensation des risques, mais elle se montre critique à l'égard du maintien de l'indicateur « coût des médicaments » en tant que solution transitoire. La préparation d'informations fiables sur

³ Membre de Santésuisse, a également transmis sa propre prise de position.

⁴ Membre de Santésuisse, a également transmis sa propre prise de position.

la remise de médicaments constitue un défi de taille pour les assureurs. Il est indispensable d'aménager du temps pour une phase de test appropriée, permettant des essais pilotes, seule manière de garantir qu'il n'y ait pas de distorsions dans l'attribution aux groupes de risque. Mais il faut aussi que les fournisseurs de prestations assument leur responsabilité. Il faut définir à un endroit approprié quelles informations doivent obligatoirement être mentionnées sur les prescriptions médicales, les factures et les justificatifs, tant dans le système du tiers garant que dans celui du tiers payant. La RVK a peu de compréhension pour la « soif inextinguible » de données personnelles que manifeste actuellement l'administration fédérale. Elle ne voit ni motif compréhensible ni base légale qui justifie la transmission systématique à l'OFSP des données personnelles relevées de manière pseudonymisée par l'institution commune.

Les assureurs de **santésuisse** approuvent sur le fond la prise en compte de maladies chroniques au moyen de PCG dans la compensation des risques. Ils estiment cependant que le développement de cette dernière ne peut être considéré isolément, mais qu'il doit s'inscrire dans une réflexion globale sur le problème central du système suisse de santé, celui de l'évolution des coûts. Ils ne disposent actuellement pas des outils nécessaires pour garantir l'économicité du système, d'autant que le domaine de la santé et les coûts sont mus par l'offre. A leur avis, le projet d'ordonnance présenté devrait être précisé sur quelques points. Il faudrait par exemple garantir que les factures établies par les fournisseurs de prestations contiennent toutes les indications nécessaires. Dans la situation actuelle des données de facturation, les assureurs ne pourraient en tout cas pas garantir l'exhaustivité des informations. La question se pose aussi de savoir quelles données devraient être transmises en retour aux assureurs pour qu'ils puissent calculer les primes ; cela devrait absolument être réglé dans l'ordonnance. Santésuisse relève aussi la problématique des factures non remises par les patients (tiers garant), que le projet d'ordonnance ne résout pas. Les assureurs de santésuisse ne comprennent pas pourquoi la remise des données individuelles à l'OFSP prévue à l'art. 7 p-OCOR devrait transiter par GE KVG. Enfin, tous les assureurs exigent une phase de test préalable pour la modification « marquante et fondamentale » de la compensation des risques ; tous les éléments pertinents devraient absolument être définis et testés dans le cadre d'essais pilotes.

Autres

BFG salue sur le principe l'affinement de la compensation des risques. Celui-ci doit renforcer la concurrence entre assureurs et fournisseurs de prestations, mais ne doit pas aboutir à une pure compensation des coûts. Selon BFG, il faut que la nouvelle ordonnance entre en vigueur comme prévu le 1^{er} janvier 2019. D'ici là, les effets de la compensation des risques modifiée devraient être simulés en 2017 et 2018 sur un compte témoin. Il faudrait en outre mettre en place dès le 1^{er} janvier 2019 un contrôle indépendant permanent du fonctionnement du système. La **WEKO** salue elle aussi l'affinement de la compensation des risques, et juge que l'introduction des PCG va dans la direction qu'elle souhaite.

Le **CP** ne s'oppose pas à cette extension de la compensation qui tient compte du développement du secteur ambulatoire et des coûts des traitements pharmaceutiques. Il soutient aussi le nouveau mode de calcul qui garantit une somme nulle par canton, évitant ainsi que des paiements passent d'un canton à l'autre. Pour des raisons de protection des données, il s'oppose à l'utilisation du numéro AVS dans le cadre de la transmission d'informations de l'assureur à l'institution commune.

La **FER** soutient également l'introduction de ce nouvel indicateur PCG, qui devrait permettre d'affiner la compensation des risques de manière appropriée. Elle s'est par ailleurs déclarée favorable à l'intégration de la Commission fédérale des médicaments (CFM) dans le processus d'élaboration de la liste des PCG. Concernant l'indicateur coût des médicaments, la FER ne s'oppose pas à son maintien. Par souci de cohérence, elle estime que le seuil de coûts qui serait défini par le DFI devrait correspondre aux coûts moyens générés par la consommation

des médicaments figurant dans la liste des PCG. La FER soutient la nouvelle méthode de calcul proposée, qui tient compte de l'introduction des nouveaux indicateurs de morbidité tout en garantissant une somme nulle pour les cantons.

5 Résultats portant sur les différents articles ou sections⁵

5.1 Section 1 Indicateurs de morbidité

Selon l'**ACSI** et la **FRC**, ce nouvel affinement de la compensation des risques complexifie encore le système, sans qu'à terme il soit possible d'enrayer les mécanismes de sélection des risques. Plus les indicateurs seront nombreux et complexes, plus il sera difficile de vérifier leur respect et leur efficacité. De plus, les assureurs ayant plus de moyens et de forces à disposition, ils seront toujours mieux placés pour trouver et exploiter les failles du système. La **FRC** et l'**ACSI** font ensuite référence à l'exemple de certains groupes de médicaments normalement destinés aux individus à hauts risques et donnant droit à des subsides à titre de compensation, mais qui pourraient aussi être prescrits à des personnes qui ne présentent que peu de risques.

Art. 1 Indicateurs

Economiesuisse salue l'introduction de l'indicateur PCG établi au moyen de données du secteur ambulatoire en tant que solution durable, mais juge inutile l'indicateur « coût des médicaments » modifié.

La **BEKAG** et **VLSS** trouvent suffisants les indicateurs tels qu'ils figurent dans l'art. 1 du projet.

La **FMH** soutient l'introduction de nouveaux indicateurs tels que les PCG pour affiner la compensation des risques de façon judicieuse. Mais elle juge essentiel que cette introduction conduise aussi à une amélioration effective de la compensation des risques.

Selon **Assura**, l'introduction de l'indicateur « PCG » à elle seule, sans que les assureurs n'obtiennent en parallèle les leviers adéquats pour agir sur les coûts de la santé, n'est propre qu'à complexifier la compensation des risques de manière peu utile. Assura relève le manque de prévisibilité que comporte l'indicateur PCG pour les assureurs qui, comme elle, appliquent le système du tiers garant et dont le portefeuille comporte une part importante de franchises élevées. Assura demande qu'une étude d'impact avec recherche de solution soit conduite à ce sujet. Assura estime que le maintien de l'indicateur « coût des médicaments » représente un incitatif potentiellement négatif (p.ex. dans le cas de négociations de prix de médicaments) et non pertinent (p.ex. en considération des nouveaux traitements contre l'hépatite C permettant une guérison rapide). La présence combinée des critères « PCG » et « coût des médicaments » mène à une focalisation sur les médicaments en ambulatoire aux dépens d'autres types de soins. Enfin, Assura précise qu'en raison de l'interférence possible entre les indicateurs « séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social » et « PCG », il est impératif que les doses de médicaments délivrées dans le cadre de séjours hospitaliers soient attribuées aux PCG.

Le **Groupe Mutuel** accueille favorablement l'introduction de l'indicateur de morbidité « PCG », qui permet de mieux tenir compte des maladies chroniques dans le cadre du calcul de la compensation des risques. Toutefois, il signale que cet indicateur ne permet pas, dans le système du tiers garant, de tenir compte de l'ensemble des coûts, notamment lorsque les factures des assurés ne sont pas transmises à l'assureur du fait que la franchise n'est pas atteinte. En revanche, il rejette l'introduction de l'indicateur de morbidité « coût des médicaments », au motif que cet indicateur ne concerne pas une compensation de risques, mais une compensation des coûts. Il préconise la suppression de la let. e.

⁵ La **RVK** s'est exprimée sur l'introduction de l'indicateur PCG et sur le maintien de l'indicateur « coût des médicaments » dans la partie générale. Concernant les diverses dispositions, elle se rallie sans réserve aux remarques et propositions de modification émises par **santésuisse**. Elle est donc incluse dans « **santésuisse** » dans le présent chapitre, tout en étant mentionnée séparément dans de rares cas.

La **RVK** salue l'introduction des PCG, mais voit d'un œil critique le maintien de l'indicateur « coût des médicaments ».

La majorité des assureurs de **santésuisse** saluent sur le fond la prise en considération des maladies chroniques dans la compensation des risques au moyen de PCG. Mais, pour une minorité, les PCG ne sont pas appropriés pour améliorer la compensation des risques. Dans le système du tiers garant, en particulier, les informations concernant les assurés qui ne dépassent pas la franchise et ne transmettent donc pas leurs factures aux assureurs n'entreraient pas dans la compensation des risques, ce qui produirait une distorsion des résultats. Le projet d'OCOR ne résout pas cette problématique. Pour une minorité des assureurs, il faut biffer la let. e, car une compensation des coûts de médicaments ne compense pas des risques, mais uniquement des coûts.

Art. 3 Indicateur « séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social »

AI et **TG** relèvent que cet indicateur pourrait avoir comme « effet secondaire » ou effet pervers d'augmenter le nombre des hospitalisations, car l'assureur serait indemnisé par la compensation des risques pour les assurés concernés.

GE KVG est d'avis qu'il faudrait définir dans l'OCOR comment un séjour durant la nuit du 31 décembre au 1^{er} janvier doit être pris en compte. Faut-il l'attribuer à l'année écoulée ou à la nouvelle ? GE KVG avait jusqu'ici réglé cette question dans son manuel. Elle propose de compléter l'al. 4 par la let. c suivante :

c. un séjour durant la nuit du 31 décembre au 1^{er} janvier est toujours attribué à l'année civile qui s'achève.

Art. 4 Liste des PCG

L'**ACSI** et la **FRC** sont d'avis qu'au vu de la complexité de la tâche, de l'ampleur et de l'évolution rapide du marché des médicaments et des progrès de la médecine, il est illusoire de croire que la liste des PCG sera et restera efficace et efficiente. De plus, la mise à jour de la liste confiée à des experts externes engendrera des coûts que la FRC et l'ACSI auraient préférés voir investis dans la promotion de la santé.

La **FMH** juge absolument indispensable de pouvoir donner son avis, dans le cadre d'une consultation, sur l'ordonnance du DFI et la liste des PCG prévues. Les études sur lesquelles la liste des PCG est basée et leurs résultats devraient être mis à la disposition des participants à l'audition.

Pour **SPO**, il est important que la liste des PCG soit adaptée chaque année.

Assura est d'avis que la disposition doit être revue et clarifiée en indiquant clairement sur quelles bases le DFI édicte la liste des PCG, selon quel processus et comment la réviser. Assura préconise qu'en sus, un organisme neutre soit défini pour contrôler l'activité du DFI à ce sujet. Les caisses-maladie devraient pouvoir exprimer leurs avis vis-à-vis de cet organe.

Al. 1 :

Le **Groupe mutuel** rejette la compétence exclusive du DFI pour l'établissement de la liste des PCG. Selon lui, il faudrait confier cette tâche à un organe neutre, auprès duquel les assureurs auraient la possibilité de déposer des demandes de mise à jour.

Pour **santésuisse**, la base légale de cet alinéa doit être tirée au clair. L'ordonnance proposée ne mentionne pas de critères objectifs sur la base desquels le DFI établirait et réviserait la liste des PCG. L'expression « une pathologie donnée particulièrement coûteuse », notamment,

laisse une trop grande marge d'appréciation au DFI et doit être précisée. De plus, les assureurs devraient avoir la possibilité de présenter des requêtes et des propositions d'adaptation.

Al. 2 :

H+ émet des réserves concernant le recours prévu au code GTIN pour coder les médicaments. Celles-ci portent aussi, le cas échéant, sur la structure de la liste des PCG (voir remarques concernant l'art. 7).

PharmaSuisse juge que l'utilisation du numéro GTIN est inappropriée, car celui-ci se base sur chaque produit et aboutit à un flux de données d'un volume excessif. Elle recommande d'utiliser plutôt le code ATC.

Pour **curafutura**, se fonder uniquement sur le code GTIN pourrait causer des problèmes dans la phase initiale. Son introduction est certes prévue, mais pas encore établie. C'est pourquoi le Pharmacode devrait être prévu comme alternative en tant que solution transitoire.

Le **Groupe Mutuel** approuve l'utilisation des numéros GTIN mais préconise l'élaboration et la mise à disposition d'une liste de conversion « pharmacode – GTIN » afin d'assurer le changement de critère.

Santésuisse estime que le recours au GTIN est praticable et judicieux. Mais le GTIN n'est pas encore présent chez tous les assureurs. La majorité d'entre eux demandent que ceux qui utilisent principalement le Pharmacode pour leurs décomptes reçoivent une liste de conversion Pharmacode-GTIN pour assurer une pratique uniforme. Il importe également de garantir que les factures établies par les fournisseurs de prestations contiennent toutes les indications nécessaires. Santésuisse propose de compléter l'al. 2 par une règle claire concernant la remise de comprimés à l'unité.

Al. 3 :

GSASA fait observer que l'attribution d'un principe actif à un seul PCG n'est pas réalisable en pratique car, suivant les circonstances, un principe actif est utilisé pour plusieurs maladies. Elle propose comme solution de régler les processus de détermination du nombre de doses quotidiennes standard avant même la mise en vigueur de la nouvelle ordonnance.

Santésuisse remarque qu'en cas de doute, la détermination du principe actif principal devrait être discutée au sein de la Commission fédérale des médicaments (CFM ; voir aussi al. 5).

VSÄG se demande comment il est possible de déterminer le médicament principal dans les combinaisons fixes, notamment quand le prix du médicament combiné devient élevé parce qu'il y a association de médicaments déjà en usage depuis longtemps.

Al. 4 :

La **FRC** et l'**ACSI** estiment que la hiérarchisation des PCG par le DFI lorsque plusieurs PCG renvoient à un problème de santé identique implique que l'assureur puisse collecter des données sur la pathologie de l'assuré et s'opposent radicalement à cette situation.

En revanche, **SPO** soutient l'attribution hiérarchique des patients présentant des pathologies multiples. Mais il faut garder à l'esprit que, pour ces patients, des frais supplémentaires considérables sont insuffisamment compensés et que cela constitue un désavantage.

Santésuisse remarque qu'en cas de doute, la hiérarchisation des PCG devrait être discutée au sein de la CFM (voir aussi al. 5).

Al. 5 :

L'**ACSI** et la **FRC** craignent que le cahier des charges déjà très lourd de la CFM ne lui permette pas de remplir cette nouvelle fonction de manière satisfaisante.

La **FMH** se demande, pour la même raison, comment la CFM pourrait assumer cette tâche supplémentaire.

Assura et **santésuisse** proposent que la disposition précise que la CFM conseille le DFI aussi pour la hiérarchisation des PCG et la détermination des principes actifs.

Art. 5 Indicateur « PCG »

VD préconise de retenir la formulation « GCP » et non « PCG », la notion de « PCG » pouvant porter à confusion avec d'autres assurances sociales, dont les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI.

Economiesuisse salue l'introduction de l'indicateur PCG.

L'**ACSI** et la **FRC** jugent irréaliste le contrôle des critères complexes listés dans cet article et doutent que l'organe de contrôle ait les moyens de ces ambitions.

Assura et **santésuisse** soulignent que les assureurs qui pratiquent le système du tiers garant, particulièrement ceux qui ont une part importante de franchises élevées dans leur portefeuille d'assurés, sont structurellement désavantagés par l'approche choisie pour l'attribution des assurés à des PCG, certains PCG prescrits ne pouvant pas être détectés s'ils sont inférieurs au montant de la franchise. Ainsi, Assura et santésuisse estiment qu'une étude d'impact doit être effectuée et que des solutions doivent être mises en place. Assura juge que la meilleure solution consisterait à systématiser l'envoi électronique des informations sur l'achat des médicaments pertinents pour les PCG par les pharmaciens.

Le **Groupe Mutuel** considère que l'emploi de l'indicateur « PCG » est problématique dans le système du tiers garant, notamment lorsque les factures des assurés ne sont pas transmises à l'assureur du fait que la franchise n'est pas atteinte.

Al. 2 :

La **FMH** juge qu'il n'est pas correct que les assurés qui, en raison d'une contre-indication relative ou d'une intolérance à un médicament, se voient administrer durablement une dose plus faible (que la dose quotidienne standard) ne soient pas compris dans les PCG. La définition de DDD est par conséquent problématique. On ne connaît pas non plus le nombre minimal ou les critères sur la base desquels celui-ci sera fixé par le DFI.

Assura pourrait s'imaginer que les DDD soient définies de manière à ne pas coûter moins que la franchise maximale. Cela serait cependant contraire à l'objectif visant à faire baisser les coûts de la santé.

Curafutura attire l'attention sur la problématique suivante : le critère « nombre minimal de doses quotidiennes standard » implique que ce nombre soit saisi correctement. Cela suppose que la quantité exacte de doses quotidiennes remises (nombre d'emballages) puisse être établie au moyen des données des factures. Or, selon les informations de divers assureurs-maladie, cela n'est actuellement pas possible. Le nombre d'emballages n'est souvent pas du tout indiqué, ou l'on mentionne le nombre de comprimés et non d'emballages. Curafutura estime donc qu'il n'est pas possible dans les faits de séparer clairement la consommation de médicaments figurant sur la liste des PCG de celle des autres médicaments. Selon elle, il serait plus facile d'appliquer une solution consistant à répartir les assurés en deux groupes avant de les

attribuer à des PCG. Le coût des médicaments par assuré serait examiné selon que le seuil de coûts est franchi ou non. On n'examinerait ensuite que pour les assurés n'ayant pas franchi ce seuil s'ils entrent ou non dans un PCG. Curafutura propose de modifier ainsi l'art. 5, al. 2 :
² *Un assuré est attribué à un PCG lorsqu'il n'a pas franchi le seuil de coûts visé à l'art. 6, al. 1, let. c, et qu'il lui a été remis au cours de l'année précédente au moins le nombre minimal défini de doses quotidiennes standard de médicaments de la liste des spécialités : [...]*

Pour simplifier, plusieurs assureurs de **santésuisse** proposent d'examiner l'opportunité d'un pré-PCG au sommet de la hiérarchie, qui comprendrait tous les assurés ayant des coûts de médicaments très élevés (proposition : plus de 50 000 francs).

Al. 3 :

GE KVG fait observer qu'elle ne disposera chaque fois que d'un très court laps de temps si la liste des PCG entre en vigueur le 1^{er} mai de l'année de compensation. Elle devrait chaque fois intégrer la liste dans ses systèmes et procéder ensuite à des tests. De plus, elle devrait mettre les décomptes de la compensation des risques à la disposition des assureurs dès la deuxième moitié du mois de juin. Elle recommande par conséquent d'avancer l'entrée en vigueur de la liste des PCG au 1^{er} mars (modification de l'al. 3).

Art. 6 Indicateur « coût des médicaments »

Economiesuisse rejette l'indicateur « coût des médicaments » modifié. Les lacunes en cours d'année font partie du risque d'assurance normal que l'assurance-maladie doit assumer. Elles n'induisent pas non plus de sélection des risques, car la durée normale du contrat est d'une année et que les PCG pourraient déjà être adaptés l'année suivante. Pour les quelques cas de maladies rares qui ne sont pas attribués à un PCG, un indicateur de morbidité propre n'est pas nécessaire aux yeux des milieux économiques. La compensation des risques ne doit pas être poussée à l'extrême. Certains risques et inégalités devraient rester dans le système. En fin de compte, il s'agit du système de l'assurance-maladie et non d'une caisse unique.

SPO fait observer que cet indicateur est très important pour les assurés atteints d'une maladie rare. Il permet d'empêcher la sélection des risques pratiquée par certaines caisses. Elle part de l'idée que l'utilisation hors indication visée à l'art. 6 sera réglée dans l'esprit d'un « bassin collecteur ». L'objectif doit être d'attribuer les patients coûteux à des groupes de coûts suffisamment homogènes.

Assura et le **Groupe Mutuel** préconisent la suppression de cet article compte tenu de l'abandon de l'indicateur « coût des médicaments » (voir commentaires à l'art. 1).

La **RVK** voit d'un œil critique l'indicateur « coût des médicaments ».

Une minorité des assureurs de **santésuisse** souhaite la suppression de cet article. Une compensation des coûts de médicaments ne compense pas des risques, mais uniquement des coûts. En outre, la prise en compte du coût des médicaments ne concerne pas forcément les maladies chroniques et les thérapies de longue durée.

De l'avis des assureurs de **santésuisse**, les médicaments suivants devraient aussi entrer dans le calcul de la compensation des risques :

- préparations magistrales selon liste des médicaments avec tarif ;
- médicaments pris en charge par l'AOS pour des motifs économiques (p. ex. grand frère) ;
- médicaments utilisés hors indication ;
- rémunérations supplémentaires telles que médicaments et produits sanguins selon le système SwissDRG ;

- vaccins et produits sanguins dans le secteur ambulatoire.

Al. 1 :

De l'avis de **GE KVG**, conformément à sa proposition de modification de l'art. 5, al. 3, la date devrait aussi être avancée au 1^{er} mars à l'art. 6, al. 1, let. a.

Pour **curafutura**, il est douteux qu'avec le seuil de coûts (al. 1, let. d), le Conseil fédéral parvienne par ses dispositions d'exécution à inciter les assureurs « à continuer de gérer l'assurance de façon économique » comme le prescrit la LAMal. Mais si le seuil de coûts est maintenu pour les médicaments, il se pose un problème pratique pour la délimitation des groupes de risque : il est impossible dans les faits d'attribuer clairement, pour un individu, les frais de médicaments effectifs à un médicament donné. Proposition de modification pour l'art. 6, al. 1 et 2 :

¹ *Un assuré qui s'est fait remettre au cours de l'année précédente des médicaments de la liste des spécialités :*

a. qui ne figurent pas sur la liste des PCG en vigueur le 1^{er} mai de l'année de compensation;

a. dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ;

b. qui ne sont pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, et

c. pour lesquels la part des coûts payée par l'assureur, participations aux coûts incluses (prestations brutes), dépasse le seuil de coûts défini,

est réputé présenter un risque élevé de maladie.

² *Le DFI définit le seuil de coûts. Ce faisant, il tient compte de l'art. 17a, al. 2, LAMal et veille à ce que les efforts d'économie ne soient pas compromis par le seuil de coûts.*

Remarque : selon cette proposition, les deux articles devraient être intervertis (l'art. 5 devenant l'art. 6 et vice versa).

Al. 2 :

La **FMH** juge inapproprié de se référer à la Hollande pour le niveau du seuil de coûts, car les Pays-Bas n'ont pas seulement des groupes de coûts pharmaceutiques mais aussi des groupes de coûts par diagnostic. La FMH demande que le seuil de coûts soit déjà fixé dans l'ordonnance.

PharmaSuisse ne comprend pas pourquoi un deuxième indicateur se fonde sur les médicaments. Avant de fixer un seuil de coûts, elle demande d'en examiner les effets en détail.

VSAO ne comprend pas pourquoi le seuil de coûts devrait être plus élevé qu'actuellement. Elle propose de le fixer concrètement à l'art. 6, al. 2, et de le laisser à 5000 francs de prestations brutes au titre des médicaments.

Selon le **Groupe mutuel**, les critères de fixation de coûts sont insuffisamment définis. Il précise que le seuil doit être défini selon une méthode actuarielle et non pas empirique.

Santésuisse déplore qu'il ne soit pas montré de façon transparente sur quels critères de base ou avec le soutien de quel organe consultatif le seuil de coûts serait fixé. Santésuisse préconise que ce seuil soit déterminé par un calcul actuariel et refuse qu'il soit fixé sur la base d'indications subjectives, ou alors [minorité] sur la base d'une analyse détaillée.

5.2 Section 2 Remise et contrôle des données

VD relève que, s'agissant des données remises par les assureurs à l'institution commune LAMal (art. 7 ss p-OCOR), cela conduira à l'obtention – inédite – d'une base de données individuelles et exhaustives au niveau suisse. Il conviendrait de prévoir la base légale formelle permettant que ces données, dûment anonymisées (en termes d'individu et d'assureur), soient

disponibles pour les autorités compétentes qui doivent réguler le domaine de l'assurance obligatoire des soins (à savoir la Confédération et les cantons), voire à des fins de recherche.

L'**ACSI** et la **FRC** font remarquer que, bien que les données transmises soient pseudonymisées, l'introduction de ce nouvel indicateur PCG rend légitime la collecte de données sur la pathologie des assurés par les assureurs, pratique à laquelle elles s'opposent totalement. Ces données auraient une réelle utilité dans la cadre de mesures de prévention et de promotion de la santé, mais comme Santéuisse est d'avis que cela n'a pas à être pris en charge par l'assurance maladie de base, ces compagnies ne devraient pas être autorisées à traiter ces données.

Assura relève qu'elle a beaucoup d'assurés avec des franchises élevées (environ 47 % des personnes adultes ont choisi une franchise de CHF 2500.–) et qu'elle pratique le système du tiers garant. Les assurés qui n'atteignent pas leur franchise n'envoient jamais leurs factures à Assura. Elle craint aussi que le droit à la compensation, en lien notamment avec le critère PCG, lui échappe avec certitude pour une partie de ses assurés car elle ne disposera pas des données nécessaires. Assura y voit une lacune importante et non admissible du système. Elle demande à l'OFSP de faire une étude d'impact sur l'interaction entre les critères PCG, les franchises élevées et le tiers garant – l'un comme l'autre étant expressément prévu par la LAMal – et, en fonction de son résultat, de trouver des solutions équitables.

Le **Groupe Mutuel** signale qu'actuellement, il est pratiquement impossible de livrer des données exhaustives, compte tenu du fait qu'un certain nombre de factures sont incomplètes. Dès lors, le rassemblement des données serait compromis au niveau qualitatif. D'autre part, cela biaiserait le résultat financier dans la mesure où les sur/sous-compensations ne seraient que partiellement corrigées, ce qui impacterait également le calcul des primes d'assurance.

La **RVK** observe que la préparation fiable de certaines informations qui n'ont pas été relevées jusqu'ici avec un tel degré de détail représente pour elle un défi de taille.

Santéuisse souligne que, dans la situation actuelle des données de facturation, les assureurs ne peuvent pas garantir l'exhaustivité des informations. Le degré de détail insuffisant des factures remises par voie électronique, des factures incomplètes ou des justificatifs de prestations établis à la main rendent parfois impossible le regroupement des données ou l'attribution des médicaments. Pour éviter d'éventuelles distorsions à l'intérieur de la compensation des risques, il faut garantir à l'entrée en vigueur des PCG que les données soient livrées au préalable dans un degré de détail suffisant pour permettre le calcul de la compensation des risques sur une base solide du point de vue statistique.

Art. 7 Remise des données

Assura relève qu'elle a beaucoup d'assurés avec des franchises élevées et qu'elle pratique le système du tiers garant. Les assurés qui n'atteignent pas leur franchise n'envoient jamais leurs factures. Elle craint que le droit à la compensation lui échappe, en lien notamment avec le critère PCG, pour une partie de ses assurés car elle ne dispose pas des données nécessaires. Elle juge qu'il s'agit d'une lacune importante du système qui n'est pas admissible.

Al. 1 :

Le **CP** s'oppose – pour des raisons de protection des données – à l'utilisation du numéro AVS dans le cadre de la transmission d'informations de l'assureur à l'institution commune.

La **FMH** ne juge pas nécessaire que des données individuelles soient remises comme le prévoit l'art. 7, al. 1. Il suffit que les assureurs fournissent des données agrégées (p. ex. x assurés avec médicaments pour le traitement du diabète de type 2 dans le groupe d'âge des 50 à 55 ans et coût total des médicaments compris entre 10 000 et 20 000 francs). En particulier, il

n'est pas nécessaire que plusieurs ensembles de données individuelles soient gérés pour une même personne. C'est pourquoi elle juge que la transmission de données individuelles avec le numéro AVS, même sous forme cryptée, est disproportionnée et elle la rejette. La FMH estime en outre que seules devraient pouvoir être communiquées les indications sur les médicaments qui sont particulièrement coûteux, puisque seuls ceux-ci seraient pris en considération pour les PCG. La communication prévue des données relatives à tous les médicaments facturés pour un patient n'est pas nécessaire pour calculer la compensation des risques, elle est donc disproportionnée et incompatible avec la protection des données des patients.

GSASA identifie quelques problématiques à tirer au clair avant la mise en vigueur :

- Utilisation du code d'identification GTIN : l'OCoR prévoit comme clé le GTIN. Or, celui-ci est payant pour les fabricants et doit être demandé à RefData.
- Produits sans GTIN : tous les responsables de mise sur le marché ne demanderont pas pour leurs produits un code GTIN payant. Les produits suivants, par exemple, n'auraient pas de code GTIN : préparations hospitalières, médicaments pédiatriques, préparations (LMT), importations directes.
- Produits sans GTIN : beaucoup d'hôpitaux devraient importer des médicaments parce que ceux-ci, de manière générale ou temporaire, ne sont pas disponibles en Suisse. Les préparations spéciales individuelles des hôpitaux n'ont pas non plus de code GTIN.
- L'élaboration et la gestion de la liste des PCG sont très coûteuses : elles exigent un processus de mutation avec des ressources humaines et techniques et entraînent des charges supplémentaires considérables pour l'assurance-maladie sociale.
- Le nombre de doses quotidiennes standard par forme d'administration et par emballage : entraînera des cas non attribuables et nécessitera des ressources humaines et techniques supplémentaires.
- Remboursement par les caisses-maladie : divers médicaments (voir produits sans GTIN) ne figureraient pas sur la liste des médicaments remboursés par les assureurs.
- Implémentation dans les systèmes TIC des hôpitaux : nécessite une phase préalable suffisamment longue (plus de 18 mois), ainsi qu'une concertation mutuelle.

GSASA voit comme solutions les mesures suivantes :

- GTIN : implication des organisations concernées : Swissmedic, HCI Solutions (fournisseur des données de base pour presque tous les systèmes), pharmaciens et OFAC, FMH, H+ (en particulier les hôpitaux pédiatriques en raison des problèmes de confection et de dosage des médicaments), GSASA, fournisseurs de logiciels (SAP, OPALE, IG e-Health, etc.), assureurs LAMal et centres de calcul associés, institutions de soins.
- Obligation pour tous les responsables de la mise sur le marché de désigner leurs produits par un GS1 GTIN et de mettre en tout temps les données à disposition sous leur forme la plus récente dans les bases de données usuelles dans la branche.
- Réglementation des processus pour les produits sans code GTIN comme les préparations spéciales (importations directes, préparations hospitalières, préparations pédiatriques, formules).

H+ pointe les problématiques suivantes à tirer au clair avant la mise en vigueur de l'ordonnance :

- Utilisation du code d'identification GTIN : celui-ci n'est pas disponible gratuitement et n'est pas introduit partout en Suisse. L'attribution d'un GTIN par RefData n'étant pas gratuite, certains distributeurs mettent aujourd'hui leurs produits sur le marché sans GTIN officiel.
- Manière de procéder avec les produits qui n'ont pas de GTIN et qui remplissent les critères de l'art. 5 : importations directes, médicaments pédiatriques, produits spéciaux des hôpitaux, préparations (LMT).
- Implémentation du GTIN dans les systèmes TIC des hôpitaux, pharmacies, médecins, assureurs, etc. : la mise en œuvre nécessite une phase préalable suffisamment longue (plus de 18 mois), ainsi qu'une concertation mutuelle.

- L'élaboration et la gestion de la liste des PCG sont très coûteuses : elles exigent un processus de mutation avec des ressources humaines et techniques et entraînent des charges supplémentaires considérables pour l'assurance-maladie sociale.

H+ voit comme solutions les mesures suivantes :

- Implication des organisations concernées : Swissmedic, HCI Solutions (fournisseur des données de base pour presque tous les systèmes), pharmacies et Ofac/Ifac, FMH, H+ et hôpitaux (en particulier les hôpitaux pédiatriques en raison des problèmes de confection et de dosage des médicaments), GSASA, fournisseurs de logiciels (SAP ; Opale, IG eHealth, etc.), assureurs LAMal et centres de calcul associés (p. ex. Centris AG), éventuellement institutions de soins.
- Obligation pour tous les responsables de la mise sur le marché de désigner leurs produits par un GS1 GTIN et de mettre en tout temps les données à disposition sous leur forme la plus récente dans les bases de données usuelles dans la branche.
- Examen préalable détaillé des effets sur le processus de facturation visé à l'art. 59 OA-Mal.
- Réglementation des processus avec les produits importés et les produits spéciaux individuels sans GTIN.

K3 ne s'oppose pas à une utilisation appropriée de données qui seront nettement plus détaillées, car la phase très coûteuse de mise en place pour la communication des données a déjà eu lieu auprès des assureurs-maladie.

PharmaSuisse recommande d'utiliser le code ATC en lieu et place du code GTIN.

Pour **SBV**, la question se pose de savoir si la remise de données prévue à l'art. 7, al. 1, doit effectivement comprendre des données individuelles. Le numéro d'assuré AVS permet de faire des déductions sur la personne assurée de diverses manières. Etant donné qu'il s'agit de données relatives à la maladie, et donc de données sensibles, une certaine retenue s'impose.

SPO rejette la communication du numéro AVS et demande de biffer la let. b.

VSÄG trouve que l'art. 7 est injustifiable et inadmissible du point de vue de la protection des données des patients et de la garantie du secret médical. Elle explique que la nouvelle méthode impose aux assureurs de fournir les données individuelles de leurs assurés, sous une forme pseudonymisée, à une institution commune qui va encore les transmettre au moins en partie à des réviseurs, et peut-être aussi à l'OFSP, alors qu'ils remettent actuellement des données regroupées. Ces données individualisées se trouvent chez les assureurs, qui ont les moyens de les transmettre de façon complètement anonymisée, eux seuls détenant la clef pour corréliser l'identification anonymisée transmise par les assureurs à l'institution commune. Elle ajoute que puisqu'un code de liaison est cité à l'art. 11, l'utilisation du numéro AVS n'a pas d'utilité. Ensuite, VSÄG est d'avis que l'institution commune devrait se contenter de l'âge global, du sexe fourni par l'assureur et d'un code, sans la date de naissance ni le numéro AVS (ce dernier permet trop facilement de retrouver le nom d'un assuré). De plus, la méthode garantissant l'anonymat n'est pas décrite et elle recommande que la FMH exige au moins des garanties solides sur la procédure, si l'anonymisation complète ne peut être obtenue.

Assura, curafutura et santésuisse relèvent que l'indication du critère « sexe » manque pour l'attribution de la personne à la bonne classe de risque et proposent donc de l'ajouter dans la liste de l'al. 1.

Concernant la let. e, Assura indique qu'elle n'est actuellement pas en mesure de fournir ces données pour l'ensemble des factures qu'elle prend en charge, notamment pour les deux raisons suivantes :

- L'un de ses flux de traitement administratifs ne lui permet de disposer ni du code GTIN ni du nombre d'emballages. Elle n'a pas eu besoin de ces données jusqu'à ce jour. Cela aurait pour effet qu'environ 20 % des informations lui échapperaient. Elle est en train d'adapter ces flux de traitement. En raison du délai très court et vu la masse des factures concernées, il n'est toutefois pas certain qu'elle arrive à adapter ses systèmes informatiques d'ici fin 2016.
- Cela étant, même si le changement projeté est implémenté dans le délai cité, reste la problématique des nombreux assurés qui ont une franchise élevée en lien avec le système du tiers garant. En effet, les assurés n'ayant pas atteint la franchise n'enverront pas leurs factures. De ce fait, indépendamment de ses workflows, une partie des frais de médicaments et donc des codes GTIN et du nombre d'emballages vont lui échapper. Pour ces raisons, elle demande une analyse de l'interaction entre PCG, franchises élevées et tiers garant.

Pour **curafutura**, se fonder uniquement sur le code GTIN pourrait poser des problèmes dans la phase initiale. L'introduction de celui-ci est certes prévue, mais pas encore établie. Le Pharmacode devrait donc être envisagé comme alternative en tant que solution transitoire. Curafutura estime aussi que, sous l'angle de la protection des données, la communication du numéro AVS est problématique, même sous forme pseudonymisée. Ce numéro ne devrait donc être communiqué que lorsque c'est absolument nécessaire. Tel est le cas pour les assurés qui changent d'assureur. Pour tous les autres assurés, le numéro d'assurance interne suffit. Les assurés qui changent de canton de domicile en cours d'année devraient encore être distingués par nombre de mois par canton de domicile. Curafutura propose de reformuler ainsi l'al. 1 :

¹ Pour le regroupement des données et le calcul de la compensation des risques, l'assureur fournit à l'institution commune, conformément à ses instructions et pour chaque assuré, les données pseudonymisées suivantes :

- a. canton de domicile ;
- b. numéro d'assuré ;
- c. numéro AVS pour les assurés qui changent d'assureur ;
- d. année de naissance ;
- e. sexe ;
- f. séjour en hôpital ou en établissement médico-social ;
- g. code GTIN, nombre d'emballages et prestations brutes au titre des médicaments ;
- h. nombre de mois durant lesquels l'assuré a été assuré chez lui ;
- i. prestations brutes ;
- j. participation aux coûts.

Le **Groupe Mutuel** relève que l'exhaustivité des données à fournir ne peut être actuellement garantie en raison de divers facteurs tels que des factures lacunaires ou non remises, ce qui au final compromettrait la qualité du regroupement des données.

La **RVK** relève que la préparation fiable des données visées à l'al. 1, let. e, constitue un défi de taille pour les assureurs-maladie.

Santésuisse souligne aussi que, dans la situation actuelle des données de facturation, les assureurs ne peuvent pas garantir l'exhaustivité des informations. Le degré de détail insuffisant des factures remises par voie électronique, des factures incomplètes ou des justificatifs de prestations établis à la main rendent parfois impossible le regroupement des données ou l'attribution des médicaments. Il faut explicitement en faire ici obligation aux fournisseurs de prestations, aussi bien dans le système du tiers payant (factures) que dans celui du tiers garant (justificatifs et quittances). Le cas échéant, le département devrait édicter la réglementation nécessaire sur la base de l'art. 42, al. 3, LAMal. Santésuisse relève aussi une incohérence par rapport à la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), où un autre numéro d'identification personnel est utilisé.

Al. 2 :

La **FMH** estime que l'art. 7, al. 2, selon lequel un deuxième ensemble de données doit être fourni pour l'avant-dernière année qui précède la remise des données, est en contradiction avec l'art. 17, al. 2, LAMal (modification du 21.3.2014), qui parle de la situation durant l'année civile qui précède l'année de compensation.

Al. 3 :

Assura rappelle le désavantage structurel pour le tiers garant et les franchises élevées, et la nécessité de faire une étude d'impact à ce sujet.

Art. 8 Données des assureurs qui ne sont plus actifs

Concernant les art. 8 ss, **VSÄG** estime que la valeur scientifique d'un calcul sur la base de deux ans doit être justifiée, ou alors abandonnée. En effet, elle ne voit pas l'intérêt de suivre le patient sur plus d'une année, puisqu'il peut changer d'assureur chaque année. Selon elle, c'est même une garantie supplémentaire de protection de l'individu et du secret médical que des assureurs, des administratifs ou des statisticiens ne puissent pas suivre l'individu plus d'une année. La compensation des risques se calcule sur un an, deux au maximum quand le même sujet a un traitement hospitalier débordant sur la deuxième année.

A propos de l'art. 8, al. 1, **GE KVG** fait observer que si un assureur à qui l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale a été retirée au cours des deux années précédant l'année de compensation ne doit plus remettre des données, les informations indiquant si les assurés qui ont été contraints de changer d'assureur présentaient au cours de l'année précédente les indicateurs de morbidité (séjour en hôpital ou en EMS, PCG, coût des médicaments) seront perdues.

Art. 9 Contrôle des données

GE KVG déplore qu'à l'art. 9, al. 1, contrairement à ce qui est prévu pour la remise de données par les assureurs-maladie, aucun délai ne soit mentionné pour la remise des rapports des organes de révision à l'institution commune. L'expérience montre que ces derniers remettent souvent leurs rapports avec un retard important. GE KVG recommande donc de leur fixer également le 30 avril comme délai pour la remise de leur rapport, et elle avance aussi une proposition de formulation :

¹ Les organes de révision des assureurs remettent à l'institution commune, pour le 30 avril, un rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies.

5.3 Section 3 Calcul de la compensation des risques

Le **CP** soutient le nouveau mode de calcul qui garantit une somme nulle par canton, évitant ainsi que des paiements passent d'un canton à l'autre.

Economiesuisse salue l'adaptation du calcul de la compensation des risques.

L'**ACSI** et la **FRC** font remarquer que la mutualisation des risques par région, comme proposé par la FRC, l'ACSI et divers acteurs de la santé surtout en Suisse romande, serait beaucoup plus simple que cette complexe compensation des risques.

Assura, **curafutura** et **Sanitas**, qui ont uniquement remis une proposition de modification pour le calcul (cf. remarques de curafutura concernant l'art. 14), sont favorables à ce que l'ensemble des coûts soient pris en considération pour le calcul de la compensation des risques et que l'on utilise pour cela le second ensemble de données.

Il importe en outre, selon **curafutura** et **Sanitas**, d'inclure dans le calcul un facteur de renchérissement. Elles proposent de le calculer par canton, sur la base du premier ensemble de données remis durant l'année de compensation et durant l'année suivante. Comme le calcul des redevances de risque et des contributions de compensation se base déjà sur l'effectif de l'année de compensation (art. 15 OCoR 2019), seule la modification du niveau des prestations devrait être pris en compte. Les prestations moyennes de l'année précédant l'année de compensation devraient donc être corrigées des effets de l'évolution démographique. C'est pourquoi il faudrait multiplier les prestations nettes moyennes des deux années par l'effectif de l'année de compensation. Sinon, un impact démographique pourrait être pris en compte deux fois.

Le **Groupe Mutuel** trouve nécessaire que l'OCoR précise le délai dans lequel l'institution commune livre ses résultats aux assureurs, afin de permettre à ceux-ci de calculer leurs primes en toute connaissance de cause. De plus, il trouve nécessaire d'informer déjà actuellement les assureurs à propos des résultats du calcul des abattements qui seront transmis. Tout particulièrement, la transmission de la prévalence suisse et du montant de l'abattement pour chaque PCG est souhaitée.

La majorité des assureurs de **santésuisse** demandent d'inclure une forme de renchérissement (facteur d'augmentation des coûts).

Santésuisse demande quelles données seront communiquées en retour aux assureurs. Comme les calculs ou les résultats de la compensation des risques influent sur le calcul et la fixation des primes, le retour d'informations devrait absolument être réglé dans l'OCoR.

Art. 10 Effectifs des assurés

Al. 1 :

Assura, le **Groupe Mutuel** et **santésuisse** rappellent que la durée d'assurance des assurés, exprimée en mois, doit être coordonnée avec l'arrêt du Tribunal fédéral, ce dernier ayant décidé que la durée d'assurance doit être calculée en jours (arrêt 9C_268/2015 du 3 décembre 2015). La proposition d'Assura pour adapter l'al. 1 est la suivante :

¹ *Est déterminante pour calculer les effectifs des assurés d'un assureur la durée d'assurance de ses assurés en jours.*

Al. 2 :

GE KVG fait observer qu'il n'est pas possible en pratique pour les assureurs-maladie de distinguer entre requérants d'asile bénéficiaires ou non bénéficiaires de l'aide sociale. Ils ne disposent en effet pas des informations en la matière.

Art. 11 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données

BS et **PULSUS** saluent la règle selon laquelle les données sur les indicateurs de morbidité de l'année précédente ne sont pas perdues même pour les assurés qui changent d'assureur, mais entrent intégralement dans le calcul de la compensation des risques, avec pour résultat que les malades chroniques qui changent d'assureur et qui entrent dans un ou plusieurs indicateurs séjours en hôpital ou en EMS, PCG et coûts des médicaments élevés deviennent plus intéressants pour le nouvel assureur.

L'**ACSI** et la **FRC** saluent le fait que les assureurs devront fournir à l'institution commune des données individuelles, pseudonymisées, concernant tous leurs assurés et que le changement d'assureur n'interrompt pas la collecte des données. Elles restent cependant d'avis que ces données ne devraient être traitées par l'institution commune qu'à des fins de promotion de la

santé et de prévention. La **FRC** relève en outre que le rapport, et son commentaire de l'al.1, reconnaît que l'on va créer une incitation pour les assureurs à « chasser les mauvais risques ». Elle juge cela légèrement cocasse et significatif de l'absurdité du système actuel.

La **FMH** demande de renoncer au rassemblement des données prévu et de biffer cette disposition, car elle serait en contradiction avec l'art. 17, al. 2, LAMal. Les assureurs devraient être indemnisés ou sollicités en fonction de l'effectif de l'année précédente.

VSÄG fait remarquer qu'un code de liaison est cité dans le rapport explicatif et qu'il faudrait à son avis l'indiquer dans l'OCOR et donner de plus amples explications. Elle ajoute que son utilisation doit être sécurisée afin de garantir la totale préservation du secret médical.

Le **Groupe Mutuel** fait remarquer que des dispositions concernant les délais, ou la date butoir, de transmission des résultats à l'assureur manquent. Il ajoute que les données devraient être communiquées à l'assureur avant le 10 juin.

Santésuisse souligne la nécessité d'un retour aux assureurs des résultats décrits à l'al. 2 de cet article et à l'art. 24, al. 2.

Pour d'autres remarques sur le retour des données aux assureurs, voir art. 24, al. 2.

Art. 12 Répartition des assurés en groupes de risque

L'**ACSI** et la **FRC** abordent le fait qu'un assuré en EMS donne droit à un subside de compensation plus élevé qu'un assuré resté à domicile. Elles font remarquer que cette compensation pourrait inciter à exiger l'entrée en EMS.

La **FMH** salue la répartition par canton qui permet de tenir compte des différences de valeur du point, pour autant que les données soient remises sous forme agrégée.

PharmaSuisse estime que les indicateurs PCG et « coût des médicaments » manquent dans cette disposition.

Selon **VSÄG**, la répartition des catégories de risques en « groupes de risque, par canton » tombe sous le sens, considérant la grande disparité des coûts par canton, notamment induite par des disparités importantes de la valeur du point (VPT). Toutefois, il semble que la pondération liée au coût des médicaments ne suive pas cette règle. Elle relève que cela peut se comprendre, puisque le coût des médicaments n'est pas influencé par la VPT cantonale, mais cela peut créer un biais en défaveur de certains cantons (« économes »).

La **VSÄG** ajoute que la méthode de calcul en cas de changement de canton durant la période de calcul n'est pas claire et qu'il y a un risque certain de biais dans la répartition, en défaveur des cantons pour lesquels le coût global par patient est plus bas. **VSÄG** recommande, avant d'appliquer la nouvelle méthode, de réaliser une projection du changement (coût par assuré) entraîné par celle-ci, à soumettre aux autorités compétentes (les cantons et les sociétés cantonales). Elle propose donc une analyse de l'équité de la méthode de calcul avant sa mise en application.

Art. 13 Répartition en relation avec les PCG et le coût des médicaments

La **FMH** déplore qu'aucune différenciation par canton ne soit prévue pour la répartition en relation avec les PCG et le coût des médicaments. Cela pourrait avoir selon elle pour effet que les assurés de cantons faisant preuve de modération dans les décisions thérapeutiques devraient verser des paiements compensatoires aux cantons pratiquant des décisions plus agressives, ce qui ne serait pas correct.

Art. 14 Calcul de la moyenne de groupe

SGV propose de se référer toujours aux ensembles de données complets pour le calcul des paiements finals.

La **FMH** fait observer qu'en vertu de l'art. 17, al. 2, LAMal (modification du 21.3.2014), les différences de risque moyennes en relation avec l'âge, le sexe et d'autres indicateurs de morbidité définis par le Conseil fédéral sont calculées sur la base de la situation durant l'année civile précédant l'année de compensation. De ce fait, il n'est pas compréhensible que, selon la let. a, les données de l'avant-dernière année précédant l'année de compensation doivent être déterminantes.

PharmaSuisse se demande si, avec la disposition de la let. c, le coût des médicaments n'est pas pris en compte deux fois. En effet, il est déjà contenu dans les prestations nettes des assureurs.

Assura relève que le calcul de la compensation des risques sur la base d'une année de traitement très incomplète de seulement 14 mois a peu de sens. En effet, une compensation des risques bien conçue ne doit pas être basée sur une base de données incomplète. Les données fournies selon art. 7 devraient comprendre celles de l'avant-dernière année et composer ainsi 26 mois. Cela étant, elle refuse que l'on rajoute – comme certains le proposent – un facteur de renchérissement qu'elle qualifie de simpliste. À son avis, un mécanisme qui prévoit de facto un renchérissement introduit une incitation négative dans le système. Elle propose d'adapter l'art. 14 comme suit :

Durant l'année de compensation, la moyenne des prestations nettes dans les différents groupes de risque est calculée pour tous les assureurs pour l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation (moyenne de groupe). Sont déterminants pour le calcul:

- a. les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'avant-avant-dernière année civile précédant l'année de compensation, pour la détermination des groupes de risque;*
- b. les effectifs d'assurés dans les différents groupes de risque durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation ;*
- c. les prestations nettes de chaque assureur dans chaque groupe de risque durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation.*

Curafutura juge indispensable un calcul de la compensation des risques à partir de données complètes. Etant donné que les paiements finals définitifs n'ont lieu que l'année qui suit l'année de compensation, un ensemble de données complet peut être utilisé pour calculer les moyennes de groupe. Un tel ensemble de données est disponible à ce moment-là en raison du « système de remise des données en continu » : la période de l'ensemble de données de l'année précédente (t-1) est toujours identique avec celle de l'ensemble de données de l'année d'avant (t-2), qui est nécessaire pour calculer la compensation des risques de l'année suivante. Les données prévues dans l'ordonnance pour le calcul des moyennes de groupe reposeraient sur des données incomplètes concernant les prestations, bien que des données complètes soient disponibles avant les paiements finals. Curafutura propose donc d'adapter le texte de l'ordonnance de sorte que les moyennes de groupe ne soient pas calculées durant l'année de compensation, mais l'année suivante, sur la base de données complètes. Il convient en outre, selon curafutura, de tenir compte d'un facteur de renchérissement : la compensation des risques se fonde sur les prestations nettes par assuré de l'année précédente. La prise en compte du renchérissement entre l'année précédente (t-1) et l'année de compensation (t) n'est pas prévue. Cela serait cependant possible, en raison du « système de remise des données en continu », avant qu'interviennent les paiements finals de l'année de compensation. Les facteurs de renchérissement par canton pourraient être estimés de la manière suivante : les prestations nettes effectives par assuré de l'année précédente (données disponibles durant

l'année de compensation) et de l'année de compensation (données disponibles l'année suivante) seraient multipliées dans les deux cas par l'effectif d'assurés de l'année de compensation. Le quotient des deux produits équivaldrait au renchérissement. Cette méthode permettrait d'estimer le renchérissement « exogène », sans tenir compte de l'évolution démographique (qui est déjà prise en compte par la multiplication des prestations nettes moyennes de l'année précédente par l'effectif d'assurés de l'année de compensation). Les deux ensembles de données ont une période de saisie de 14 mois ; il serait donc admis implicitement que le taux de couverture est équivalent dans les deux ensembles de données. Une description détaillée de cette méthode, avec un exemple, a été remise à l'OFSP (courriel de J.S., Sanitas, à l'OFSP du 3.2.2016). Curafutura propose la formulation suivante :

Durant l'année qui suit l'année de compensation, la moyenne des prestations nettes dans les différents groupes de risque est calculée pour tous les assureurs pour l'année civile précédant l'année de compensation, et multipliée par un facteur de renchérissement cantonal qui tient compte de la croissance des coûts corrigée de la structure des effectifs d'assurés entre l'année précédant l'année de compensation et l'année de compensation (moyenne de groupe). Sont déterminants pour le calcul :

[...]

d. la croissance des coûts corrigée de la structure des effectifs d'assurés entre l'année précédant l'année de compensation et l'année de compensation, qui résulte de la différence entre les premiers ensembles de données visés à l'art. 7, al. 2, remis durant l'année de compensation et durant celle qui suit.

Santésuisse communique dans sa réponse autant la position de la majorité de ses membres, que celle de la minorité de ses membres :

- La majorité des assureurs demandent d'inclure une forme de renchérissement (facteur d'augmentation des coûts). Un calcul de la compensation des risques sur une année de traitement très incomplète de 14 mois seulement n'a guère de sens. Une compensation des risques bien conçue ne doit pas reposer sur des données incomplètes. Selon l'art. 7, les données concernant l'avant-dernière année civile sont à nouveau remises durant l'année de compensation et comptent 26 mois de traitement, ce qui donne une année de traitement presque complète. Le renchérissement intervenu entre l'avant-avant-dernière année et l'avant-dernière (facteur d'augmentation des coûts) peut être calculé très facilement sur la base des données des deux années. Les moyennes et les taux des redevances de risque et des contributions de compensation, calculés à partir des données de l'avant-avant-dernière année, peuvent être relevés au niveau des prestations nettes de l'avant-dernière année au moyen du renchérissement. La compensation des risques ainsi calculée se base de la sorte sur le niveau correct des prestations nettes de l'année précédente et reste prospective. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire de faire une distinction entre assureurs pour les prestations nettes dans les différents groupes de risque. Celle-ci doit donc être supprimée.
- La minorité des assureurs est favorable à ce que le renchérissement intervenu entre l'avant-avant-dernière année et l'avant-dernière année (facteur d'augmentation des coûts) ne soit pas pris en compte. Un mécanisme qui représente une inflation de fait crée des effets pervers supplémentaires. Une inflation ainsi prédéfinie ne se fonde sur aucune base objective et pourrait inciter les assureurs à négliger le contrôle des coûts, qui est l'une de leurs principales tâches.

Santésuisse fournit en conséquence deux propositions de formulation :

- La proposition de la *majorité* est la suivante :
Durant l'année de compensation, la moyenne des prestations nettes dans les différents groupes de risque est calculée pour tous les assureurs pour l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation (moyenne de groupe) et relevée ensuite, en fonction du renchérissement calculé sur la base des données, au niveau des prestations nettes de l'année civile précédant l'année de compensation. Sont déterminants pour le calcul :
 - a. les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'avant-avant-dernière année civile précédant l'année de compensation, pour la détermination des groupes de risque ;*
 - b. les effectifs d'assurés dans les différents groupes de risque durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation ;*

- c. ~~les prestations nettes de chaque assureur~~ dans chaque groupe de risque durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation ;
 - d. les prestations nettes de l'avant-dernière et de la dernière année civile précédant l'année de compensation, pour le calcul du renchérissement.
- La proposition de la *minorité* est la suivante :
 Durant l'année de compensation, la moyenne des prestations nettes dans les différents groupes de risque est calculée pour tous les assureurs pour l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation (moyenne de groupe). Sont déterminants pour le calcul :
 - a. les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'avant-avant-dernière année civile précédant l'année de compensation, pour la détermination des groupes de risque ;
 - b. les effectifs d'assurés dans les différents groupes de risque durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation ;
 - c. les prestations nettes ~~de chaque assureur~~ dans chaque groupe de risque durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation.

Art. 16 Suppléments pour PCG et pour coût des médicaments

PharmaSuisse se demande si le supplément pour coût des médicaments ne risque pas de provoquer une double prise en compte de ce dernier. En effet, le coût des médicaments est déjà compris dans les prestations nettes des assureurs.

Al. 2 :

De l'avis d'**Assura** et de **santésuisse**, il convient de mentionner clairement le processus pour les cas où il n'y a pas de hiérarchisation. En effet, ce processus devrait être fixé dans l'OCoR. Une simple description dans le commentaire n'est pas suffisante. Elles proposent de compléter l'al. 2 comme suit :

² *Si l'assuré est attribué à plusieurs PCG soumis à une hiérarchisation, l'assureur n'obtient un supplément que pour le PCG classé le plus haut dans la hiérarchie. Si l'assuré est soumis à plusieurs PCG qui ne sont pas hiérarchisés, l'assureur obtient le supplément pour tous les PCG attribués.*

Le **Groupe Mutuel** partage l'avis d'Assura et de santésuisse. Il demande des règles précises concernant le droit de l'assureur au supplément, lorsqu'un assuré est attribué à plusieurs PCG non hiérarchisés.

Art. 17 Fixation des suppléments pour PCG et pour coût des médicaments

VD se prononce favorablement sur la méthode de double régression par moindre carré.

Curafutura renvoie à son avis concernant l'art. 14 et l'exhaustivité des données, et propose pour l'al. 1 la formulation suivante :

¹ *Durant l'année qui suit l'année de compensation, les suppléments pour PCG et pour coût des médicaments sont fixés au moyen d'une méthode de régression. [...]*

Art. 20 Prise en compte des assureurs qui ne sont plus actifs

GE KVG renvoie à sa remarque concernant l'art. 8, al. 1, où elle explique que, si un assureur à qui l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale a été retirée au cours des deux années précédant l'année de compensation ne doit plus remettre des données, les informations indiquant si les assurés qui ont été contraints de changer d'assureur présentaient au cours de l'année précédente les indicateurs de morbidité sont perdues.

5.4 Section 4 Paiements au titre de la compensation des risques

Selon l'**ACSI** et la **FRC**, si le DFI a pour mandat de contrôler, il faut aussi prévoir des sanctions pour les compagnies d'assurances qui ne respecteraient pas l'ordonnance.

Plusieurs assureurs de **santésuisse** souhaiteraient effectuer les paiements par acomptes.

Art. 21

GE KVG observe que le rendement des obligations de la Confédération est calculé et publié par la BNS pour des échéances différentes. GE KVG base son calcul des intérêts rémunérateurs de la compensation des risques sur le rendement des obligations de la Confédération sur une période de deux ans. Les échéances prises en considération dans la publication de la BNS ont déjà été adaptées une fois au cours des dernières années. GE KVG recommande par conséquent d'inscrire dans l'OCOR que l'institution commune spécifie l'échéance des obligations de la Confédération qui est déterminante pour le calcul des intérêts rémunérateurs. Elle propose de compléter comme suit le texte de l'al. 6 :

⁶ *L'institution commune indique l'échéance des obligations de la Confédération à prendre en compte pour le calcul des intérêts.*

Assura explique souhaiter être en mesure de verser les acomptes avant le 15 février, à défaut de quoi il conviendrait de tenir compte des intérêts négatifs en plus des intérêts positifs. Assura propose deux solutions optionnelles pour la rédaction de la disposition :

² *L'acompte doit être payé :*

- a. *pour les redevances de risque versées par les assureurs à l'institution commune : depuis la réception de la facture de l'acompte jusqu'au 15 février de l'année de compensation au plus tard ;*

⁶ *[...]. Le taux d'intérêt correspond au rendement des obligations de la Confédération, si celui-ci est positif. [...]*

5.5 Section 5 Décompte de soldes et corrections

Selon l'**ACSI** et la **FRC**, si le DFI a pour mandat de contrôler, il faut là aussi prévoir des sanctions pour les compagnies d'assurances qui ne respecteraient pas l'ordonnance.

Art. 23 Corrections après remise de données incorrectes

Curafutura relève une formulation pouvant prêter à équivoque. Un nouveau calcul a été refusé, et pourtant un avantage ou un désavantage pour l'assureur fautif devrait être constaté, ce qui ne peut se faire qu'au moyen d'un nouveau calcul du décompte de compensation des risques. Un nouveau calcul est donc indispensable ; mais l'expression se réfère une fois au calcul des taux des redevances de risque et des contributions de compensation et, à l'art. 23, al. 3, au calcul ou à l'établissement du décompte. La formulation présentée pourrait donc prêter à confusion. Curafutura propose donc une formulation plus claire de l'al. 3 :

³ *Même après avoir refusé de recalculer les taux de la compensation des risques en vertu des al. 1 et 2, l'institution commune peut facturer aux assureurs qui lui ont fourni des données incorrectes à leur avantage un montant correspondant à l'avantage retiré. Cet avantage résulte d'un nouveau calcul du décompte de soldes sur la base des taux inchangés de la compensation des risques et des nouveaux chiffres concernant les effectifs d'assurés.*

5.6 Section 6 Rapports

Art. 24

Al. 1 :

Le **PLR** et la **FMH** renvoient à l'art. 28, al. 2 (protection des données), aux termes duquel les données communiquées par les assureurs « ne peuvent être utilisées que pour procéder à la compensation des risques et pour établir la statistique ». Les deux organisations ne comprennent pas pourquoi la communication de données individuelles à l'OFSP serait nécessaire, puisque les deux activités mentionnées sont du ressort de GE KVG. Le **PLR** juge l'obligation de communiquer des données individuelles à l'OFSP inutile, disproportionnée et surtout non conforme à la protection des données. L'OFSP n'a pas besoin de ces données sensibles pour assumer sa tâche de surveillance de la compensation des risques. Le PLR demande en conséquence de biffer l'art. 24, al. 1, let. a.

SGV est fermement opposée à ce que l'institution commune doive fournir à l'avenir des données individuelles à l'OFSP. A son avis, une telle remise de données, qui n'est pas nécessaire pour l'application de la compensation des risques, n'est pas conforme à la loi.

SBV s'attend à ce qu'il soit garanti que les données recueillies par l'OFSP de cette façon ne soient pas utilisées à d'autres fins.

Curafutura refuse résolument que des données concernant les assurés soient communiquées sans restriction à l'OFSP. L'institution commune devrait uniquement être habilitée à fournir à l'OFSP des données groupées par canton, par assureur et par groupe de risque, ainsi que les suppléments pour PCG calculés sur la base de données individuelles. Elle propose de modifier ainsi l'al. 1 :

¹ *L'institution commune fournit chaque année à l'OFSP :*

- a. les données groupées par canton, assureur et groupe de risque, ainsi que les suppléments pour PCG et coût des médicaments ;
- b. *le montant des redevances de risque et des contributions de compensation calculées pour les assureurs, par canton et pour l'ensemble de la Suisse.*

La **RVK** ne voit ni motif compréhensible ni base légale qui justifie la transmission systématique à l'OFSP, prévue à l'art. 7, des données personnelles relevées de manière pseudonymisée par l'institution commune. Au même moment, les assureurs-maladie transmettent à l'OFSP les données de surveillance conformément aux dispositions applicables du droit de la surveillance. La communication en parallèle de données individuelles par l'institution commune lui semble donc inutile et disproportionnée. Elle demande par conséquent de biffer purement et simplement l'art. 24, al. 1, let. a.

Santésuisse ne voit pas quel peut être le but de la communication de données individuelles par le détour de GE KVG. Il faut garantir dans le cadre de la remise de données individuelles EFIND1 et EFIND2 que les conditions du droit de la protection des données soient remplies pour qu'une telle communication puisse avoir lieu.

Al. 2 :

L'**UDC** suggère de régler aussi dans l'ordonnance la remise de données en retour aux assureurs, car les résultats de la compensation des risques influent sur le calcul des primes.

Pour **Assura**, il est essentiel que les assureurs reçoivent en retour de l'institution commune les données agrégées et les analyses effectuées avant le 10 juin (y compris l'attribution de l'assuré au groupe de morbidité ainsi que les suppléments par groupe de morbidité), mais aussi qu'ils aient les moyens d'attribuer leurs assurés aux différents PCG. Ces deux éléments

font partie des systèmes de compensation des risques d'autres pays européens où les institutions chargées de gérer la compensation des risques fournissent avant la tarification les analyses et les indications nécessaires aux assureurs ainsi que les algorithmes/logiciels (groupes) permettant d'attribuer les assurés aux différents PCG. En tout état de cause, il faudrait garantir aux assureurs le moyen d'obtenir le software qui leur permette de procéder à l'attribution des assurés au PCG.

Assura et santésuisse proposent de compléter ainsi l'al. 2 :

² [...] Cette statistique est mise à la disposition des assureurs pour le 10 juin de l'année de compensation. Les assureurs sont informés en outre des PCG auxquels leurs différents clients ont été attribués, et chaque assureur obtient les outils nécessaires pour procéder lui-même à la répartition de ses assurés.

Selon **curafutura**, la remise aux assureurs des données de la compensation des risques calculée n'est pas réglée dans l'OCOR 2019. La nouvelle méthode de calcul ne permettrait pas aux assureurs de calculer les taux individuels de la compensation des risques au moyen de l'effectif d'assurés et des redevances ou des contributions. Or, ces données sont nécessaires aussi bien pour la plausibilité que pour le calcul des primes (preuve des économies dues aux modèles alternatifs d'assurance, calculs de rentabilité, prévisions, etc.). Curafutura propose de compléter comme suit l'art. 24 :

^{1bis} Immédiatement après le calcul des taux des redevances de risque et des contributions de compensation, l'institution communique à l'assureur concerné, par assuré :

- a. le numéro d'assuré ;
- b. le taux de la redevance de risque ou de la contribution de compensation ;
- c. le supplément pour PCG ou pour coût des médicaments correspondant.

Le **Groupe Mutuel** trouve nécessaire que l'OCOR précise le délai dans lequel l'institution commune livre ses résultats aux assureurs, afin de permettre à ceux-ci de calculer leurs primes en toute connaissance de cause. De plus, il trouve nécessaire d'informer déjà actuellement les assureurs à propos des résultats du calcul des abattements qui seront transmis. Tout particulièrement, la transmission de la prévalence suisse et du montant de l'abattement pour chaque PCG sont souhaités.

Santésuisse fait observer que les résultats sont une composante à ne pas négliger dans le calcul des primes, de sorte qu'un retour aux assureurs des résultats décrits aux art. 11, al. 2, et 24, al. 2, lui paraît nécessaire. Ce retour d'informations devrait absolument être réglé dans l'OCOR. Les données devraient être remises par GE KVG aux assureurs avant le 10 juin (y c. l'attribution des assurés au groupe de morbidité et les suppléments par groupe de morbidité). Les données devraient être rassemblées par assuré. Santésuisse propose le même complément à l'al. 2 qu'Assura (voir ci-dessus).

Al. 4 :

Plusieurs assureurs signalent une faute de frappe dans le renvoi aux alinéas et proposent la modification suivante :

⁴ La statistique visée à l'al. 2 et le rapport visé à l'al. 3 sont publiés chaque année.

Al. 5 :

Plusieurs assureurs soulignent l'importance centrale de la statistique de la compensation des risques pour le travail quotidien des assureurs, car elle renseigne sur l'ensemble du marché suisse de l'AOS. **Assura** et **santésuisse** estiment que les assureurs devraient absolument être associés à la conception de la statistique et à la définition de son contenu. **Curafutura** trouve judicieux que les assureurs aient leur mot à dire sur la conception technique de la statistique.

Assura, la RVK et santésuisse proposent la modification suivante :

⁵ *L'institution commune et l'OFSP déterminent conjointement, après consultation des assureurs, le contenu de la statistique et du rapport.*

Curafutura propose la modification suivante :

⁵ *L'institution commune, l'OFSP et les assureurs déterminent conjointement le contenu de la statistique et du rapport.*

5.7 Section 7 Financement et exécution

Art. 25 Frais d'administration

BS déplore que le commentaire n'indique pas quels frais d'administration supplémentaires les nouvelles exigences posées aux assureurs en matière de remise de données entraînent dans la compensation des risques. Le passage de la remise de données groupées à celle des données individuelles pseudonymisées de tous les assurés soumis à la compensation des risques pourrait avoir une portée considérable, susceptible de se répercuter sur les frais d'administration des assureurs.

Art. 26 Fonds

GE KVG signale que les intérêts accumulés auprès d'elle ces dernières années ont toujours été relativement modestes (env. 41 000 francs en 2015). Il est à supposer que la rémunération des fonds de la compensation des risques restera basse les années prochaines aussi. D'un autre côté, le calcul des parts de recettes d'intérêts à payer aux différents assureurs cause aussi des frais d'administration (y c. frais de révision) à GE KVG. Elle recommande par conséquent que les intérêts accumulés auprès d'elle qui dépassent le montant de 500 000 francs soient utilisés pour couvrir les frais d'administration visés à l'art. 25. Cela permettrait, d'une part, de réduire ces frais et, d'autre part, de garantir que les assureurs ne soient ni mieux ni moins bien lotis, car les frais d'administration sont facturés aux assureurs proportionnellement à l'effectif d'assurés. Elle propose de modifier ainsi l'al. 2 :

² *Les intérêts qui s'accumulent dépassant le montant de 500 000 francs sont utilisés pour couvrir les frais d'administration visés à l'art. 25.*

5.8 Section 8 Protection des données, procédure et mesures de surveillance

L'**ACSI** et la **FRC** sont totalement opposées à ce que l'identité des assureurs soit indécélable. Selon eux, il faut un système transparent. Sans cela, on empêche à d'autres acteurs d'opérer un contrôle complémentaire à celui du DFI. De plus, il leur est essentiel que toutes les charges générées par le non-respect de la remise de données ou d'autres obligations de l'ordonnance incombent à l'assureur fautif.

Art. 28 Protection des données

Le **PLR** observe que, selon l'art. 28, al. 2 (projet), les données ne peuvent être utilisées que pour procéder à la compensation des risques et pour établir la statistique. Or, ces deux activités sont du ressort de GE KVG. L'OFSP n'a pas besoin de ces données sensibles pour assumer sa tâche de surveillance de la compensation des risques. Le PLR juge l'obligation de communiquer des données individuelles à l'OFSP inutile, disproportionnée et surtout non conforme à la protection des données. Il demande donc de biffer à l'art. 28, al. 1, les mots « de l'OFSP et ».

L'**ACSI** et la **FRC**, par souci de transparence, veulent que les données permettant de déceler l'identité de l'assureur soient publiques.

Selon la **FMH** et **VSÄG**, la nature des « tiers chargés de traiter les données » figurant dans la deuxième phrase doit être définie. La protection des données exige ici la transparence.

PULSUS estime indispensable de prendre les mesures de sécurité maximales en matière de protection des données, car les données des assurés qui seront enregistrées sont des données sensibles qui, ne serait-ce qu'en raison de leur quantité, seront très intéressantes aussi bien pour les instances autorisées que pour beaucoup de celles qui ne le sont pas. Les mesures de sécurité devraient garantir la protection contre toute utilisation abusive.

Art. 30 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre

L'**ACSI** et la **FRC** rappellent qu'il faut que l'ordonnance contienne les moyens de la faire respecter (voir commentaires à l'art. 23).

5.9 Section 9 Analyse des effets

Art. 31

TG juge important que, pour les adaptations futures de la compensation des risques, l'efficacité des indicateurs déjà établis fasse l'objet d'un examen.

L'**ACSI** et la **FRC** saluent la volonté de procéder à une étude scientifique en parallèle sur l'efficacité du système, à condition que, si l'étude indépendante conclut à son inefficacité ou à un coût de fonctionnement trop élevé, on ait le courage de changer rapidement de système.

La **FMH** juge très important de procéder à une analyse des effets. Qui, à part le DFI, aura accès aux résultats des études d'évaluation ? Est-il prévu que les études soient publiées ? Il faudrait que l'ordonnance réponde à ces questions.

PharmaSuisse trouve très positif que l'affinement de la compensation des risques fasse l'objet d'une analyse des effets.

Pour **SPO**, l'analyse des effets est importante pour pouvoir procéder à des adaptations à temps.

Assura et **santésuisse** soutiennent qu'il est primordial pour les assureurs d'avoir accès à l'étude scientifique et proposent d'ajouter un al. 3 prévoyant la remise de cette étude pour information aux assureurs.

Pour **BFG**, l'analyse des effets – après mise au concours – devrait être confiée à un organisme ou à un service familier du système, mais extérieur à l'administration fédérale.

5.10 Section 10 Dispositions finales

Le **Groupe Mutuel** est d'avis qu'il est nécessaire qu'une phase test portant au moins sur deux exercices soit introduite afin de vérifier les impacts du nouveau calcul de la compensation des risques sur les primes d'assurance et de s'assurer du bon fonctionnement de la récolte de données et du calcul. Ainsi, l'entrée en vigueur devrait intervenir au plus tôt le 1^{er} janvier 2021.

Art. 34 Disposition transitoire

Assura explique que les modifications importantes envisagées par le projet sont de nature à augmenter l'imprévisibilité des coûts engendrés par la compensation des risques. Elle déplore par conséquent que le projet ne prévoise pas de phase de test pour permettre aux assureurs-maladie d'anticiper les coûts et d'en tenir compte dans la fixation des primes. Assura insiste vivement sur le fait qu'il conviendrait de prévoir deux ans de test et d'adapter l'article en conséquence, en repoussant toutes les dates y figurant de deux ans.

Curafutura suggère d'ajouter sous « Dispositions transitoires » un article qui prévoit, pour les premières années de l'OCOR 2019, la communication du Pharmacode en tant qu'alternative à celle du code GTIN (cf. avis concernant l'art. 7).

Le **Groupe Mutuel** propose une adaptation des délais en fonction d'un report de deux ans au moins de l'entrée en vigueur de l'OCOR.

Art. 35 Entrée en vigueur

Le **PLR** plaide pour que la nouvelle réglementation soit soumise à une phase de test.

L'**UDC** estime qu'une phase d'essai serait judicieuse pour la mise en œuvre des PCG, afin d'en tester l'applicabilité et les effets. Cette phase devrait durer deux ans, et l'introduction des PCG être par conséquent reportée à 2021, pour que les données nécessaires à l'appréciation des effets soient aussi complètes que possible.

SGV est elle aussi favorable au passage par une phase de test avant l'introduction définitive de la compensation des risques adaptée, mais à condition que l'entrée en vigueur n'en soit pas retardée.

H+ et **GSASA** observent que l'implémentation du code GTIN dans les systèmes TIC des hôpitaux, pharmacies, médecins, assureurs, etc., nécessite une phase préalable suffisamment longue (plus de 18 mois), et qu'une concertation mutuelle entre eux est indispensable.

GE KVG fait remarquer que l'exécution d'essais pilotes n'est pas possible si l'entrée en vigueur de l'OCOR est fixée au 1^{er} janvier 2019. Jusqu'à maintenant, toutes les modifications importantes de l'OCOR ont été préparées par deux phases d'essais, auxquelles les assureurs-maladie étaient invités à participer. Une grande partie des assureurs y ont participé, ce qui a permis de repérer et d'éliminer à temps les problèmes éventuels (p. ex., des erreurs systématiques dans la remise des données). De plus, des enseignements importants ont pu en être tirés, qui ont été d'une grande utilité dans l'application ordinaire de la compensation des risques. Or, le projet d'OCOR mis en consultation constitue la modification de l'ordonnance la plus importante à ce jour, aussi bien en ce qui concerne les données à relever (individuelles désormais) que le calcul de la compensation des risques (passage à une méthode de régression en deux étapes). Autre nouveauté, les données des assurés qui changent d'assureur devraient être rassemblées par GE KVG. Il est donc plus que jamais essentiel de procéder à des essais pilotes pour cette révision.

Assura, vu son commentaire concernant l'art. 34, plaide pour repousser l'entrée en vigueur de l'ordonnance au 1^{er} janvier 2021. Si celle-ci entrait en vigueur en 2019, les assureurs seraient contraints de fixer les primes sans connaître les coûts. C'est indéfendable. Si elle entrait en vigueur en 2020, seul un unique test pourrait être effectué. Une coordination (entre les deux années de test) serait impossible, et un contrôle des résultats, extrêmement difficile. Une entrée en vigueur avant 2021 et sans deux années de test n'est donc pas défendable. La situation

d'Assura, qui est la compagnie qui paie le plus de contributions, serait compromise, et avec elle celle de tout le système.

Curafutura soutient le calendrier prévu (entrée en vigueur en 2019) et rejette un report à 2020. Elle est favorable à une phase de test, mais les processus devraient déjà être testés en 2018. Pour cette phase, il n'est pas indispensable que les données requises soient déjà exactes et complètes, car aucun versement de compensation n'est effectué dans le cadre d'un essai pilote. Les versements finals de la compensation des risques 2019 n'auront lieu qu'au milieu de 2020, si bien que les erreurs éventuelles pourront encore être repérées et corrigées à temps.

Le **Groupe Mutuel** propose un report de l'entrée en vigueur d'au moins deux ans.

La **RVK** demande avec insistance une phase de test suffisamment longue, qui permette d'effectuer des essais pilotes.

Santésuisse exige une phase de test préalable, absolument indispensable pour une modification aussi marquante et fondamentale de la compensation des risques. Il faudrait pour cela que les PCG et tous les éléments qui influent sur la récolte et la préparation des données soient définis à temps. Il faut absolument que les PCG et tous les éléments relevant pour la compensation des risques soient définis et testés au cours de cette phase préalable. La majorité des assureurs est favorable à ce que la phase de test soit planifiée de telle sorte que l'entrée en vigueur soit maintenue pour 2019. La minorité se prononce en faveur d'un report de l'entrée en vigueur à 2021 en raison des travaux considérables qu'implique une phase de test

Pour **BFG**, il faut maintenir le délai prévu. D'ici là, les effets de la compensation des risques modifiée peuvent être simulés, en 2017 et 2018, sur un compte témoin.

5.11 Dispositions à redéfinir

Selon la **FMH**, il manque une disposition sur la suppression des données. Elle propose la disposition suivante : Les données doivent être supprimées dès que la compensation des risques est effectuée et que le délai de recours a expiré sans avoir été utilisé.

K3 propose la disposition supplémentaire suivante (art. 31a Evaluation des nouveaux indicateurs) :

Deux ans après l'entrée en vigueur de la présente ordonnance, l'OFSP procède à une étude scientifique sur l'efficacité des indicateurs visés aux art. 5 (PCG) et 6 (coût des médicaments). Il convient notamment de comparer les effets d'une compensation des risques avec uniquement les indicateurs visés aux art. 1 à 3 et ceux d'une compensation avec tous les indicateurs.

Selon **BFG**, il faudrait mettre en place, dès l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019, un contrôle indépendant permanent du fonctionnement du système.

5.12 Autres propositions

VD relève qu'il manque encore vraisemblablement certains critères évidents, notamment concernant les DRG ou via d'autres groupeurs.

H+ et **GSASA** suggèrent d'obliger tous les responsables de la mise sur le marché à désigner leurs produits par un code GS1 GTIN et de mettre en tout temps les données à disposition sous leur forme la plus récente dans les bases de données usuelles de la branche.

H+ juge en outre nécessaire de procéder à un examen approfondi des effets liés à l'introduction du GTIN sur le processus de facturation visé à l'art. 59 OAMal, et de régler la manière de procéder avec les produits importés et les produits spéciaux individuels.

GSASA suggère de réglementer les processus pour les produits sans code GTIN tels que les préparations spéciales (importations directes, préparations pédiatriques, formules). D'autres règles seraient nécessaires pour fixer le nombre de doses quotidiennes standard.

PharmaSuisse soutiendrait volontiers aussi d'autres mesures qui inciteraient les assureurs à investir dans la prévention et dans des traitements de qualité en faveur de leurs assurés. Elle pense également à une possibilité pour les assurés de se lier volontairement par contrat avec un assureur pour une longue durée.

PharmaSuisse renvoie en outre à l'initiative parlementaire 13.411 Kessler, selon laquelle il a été constaté clairement que le système du tiers garant peut conduire à une sélection ciblée des risques. Elle propose donc d'en tenir compte dans les paramètres de la compensation des risques ou d'inscrire dans la loi, pour ce système, un délai de remboursement très court pour les assureurs. Ceux-ci pourraient en effet profiter de l'absence d'un tel délai dans un but de sélection des risques.

La **RVK** voudrait que les obligations visent aussi les fournisseurs de prestations, qui ont un rôle central à jouer dans le relevé des informations, nécessaires à la compensation des risques, concernant la remise de médicaments. Il faut définir à un endroit approprié quelles informations doivent obligatoirement figurer sur les prescriptions médicales, les factures et les justificatifs, tant dans le système du tiers garant que dans celui du tiers payant.

Santésuisse relève l'insuffisance du degré de détail des factures remises par voie électronique, ainsi que les factures incomplètes ou les justificatifs de prestations établis à la main, qui rendent parfois impossible un regroupement des données ou l'attribution des médicaments. Il faut expressément obliger ici les fournisseurs de prestations à fournir les indications requises, dans le système du tiers payant (factures) comme dans celui du tiers garant (justificatifs et quittances). Le département devrait, le cas échéant, édicter la réglementation nécessaire sur la base de l'art. 42, al. 3, LAMal.

Annexe

Liste der Anhörungsteilnehmenden⁶ und Abkürzungen

Liste des participants à l'audition et abréviations

Elenco dei partecipanti alla consultazione e abbreviazioni

Abk. Abrév. Abbrev.	Anhörungsteilnehmer / participants à la consultation / partecipanti alla consultazione
Kantone / Cantons / Cantoni	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo

⁶ Par ordre alphabétique des abréviations allemandes

SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale	
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna	
SSV	Schweizerischer Städteverband (SSV) Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dell'economia	
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse (UPS)

	Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
Andere Interessierte / autres milieux intéressés / altri interessati - Behörden / Autorités / Autorità	
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI) Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisation des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica - Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni	
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände

	Conférence des associations cantonales d'hôpitaux
pharma-Suisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PULSUS	PULSUS
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
VKZS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de Suisse (AMDCS) Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (AMDCS)
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
VSÄG	Walliser Ärztgesellschaft (VSÄG) Société médicale du Valais (SMVS)
- Patientinnen / Patients / Pazienti	
SPO	Stiftung SPO Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
- Versicherer / Assureurs / Assicuratori	
Assura	Assura
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia
Sanitas	Sanitas
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses
Diverse / Divers / Vario	
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
CP	Centre Patronal (FSD/VSS, c/o Centre Patronal, Bern)
FER	Fédération des entreprises romandes
WEKO	Wettbewerbskommission (WEKO) Commission de la concurrence (COMCO) Commissione della concorrenza (COMCO)