

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

Entrée en vigueur prévue le 1^{er} janvier 2020

Teneur des dispositions et commentaire

Berne, septembre 2016

Table des matières

1	Contexte	4
2	Grandes lignes de l'ordonnance	5
3	Commentaire des dispositions	7
Art. 1	Indicateurs	7
Art. 2	Indicateur « âge »	7
Art. 3	Indicateur « séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social »	7
Art. 4	Liste des PCG	7
Art. 5	Indicateur « PCG »	9
Art. 6	Livraison des données	10
Art. 7	Données des assureurs qui ne sont plus actifs	11
Art. 8	Contrôle des données	11
Art. 9	Effectifs des assurés	12
Art. 10	Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données	12
Art. 11	Répartition des assurés en groupes de risque	13
Art. 12	Répartition des assurés en PCG	13
Art. 13	Calcul de la moyenne de groupe	13
Art. 14	Calcul des prestations nettes attendues et de la moyenne générale	14
Art. 15	Suppléments pour PCG	14
Art. 16	Fixation des suppléments pour PCG	14
Art. 17	Financement des suppléments pour PCG	15
Art. 18	Taux de redevance de risque et taux de contributions de compensation par groupe de risque	15
Art. 19		15
Art. 20	Décompte de soldes et information	16
Art. 21	Corrections après livraison de données incorrectes	16
Art. 22		17
Art. 23	Frais d'administration	17

Art. 24 Fonds	17
Art. 25 Comptes de régularisation pour la compensation des risques	18
Art. 26 Protection des données	18
Art. 27 Procédure et voies de droit	18
Art. 28 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre	19
Art. 29	19
Art. 30 Abrogation d'un autre acte	19
Art. 31 Modification d'un autre acte	19
Art. 32 Dispositions transitoires	20
Art. 33 Entrée en vigueur	20
Annexe	22

1 Contexte

Le 21 mars 2014, l'Assemblée fédérale, se fondant sur deux initiatives parlementaires (11.473 et 12.446), a adopté une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RO **2014** 3345) inscrivant la compensation des risques dans la loi sans limitation dans le temps et habilitant le Conseil fédéral à affiner la compensation des risques grâce à d'autres indicateurs de morbidité appropriés. Cette modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10 ; LAMal) entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (art. 16 ss).

Le Conseil fédéral procède à l'affinement de la compensation des risques par étapes.

Par la modification de l'OCoR du 15 octobre 2014 (RO **2014** 3481), il a adopté une solution transitoire en y inscrivant l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente ». Outre l'âge, le sexe et le séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente, la compensation des risques tiendra compte, pour déterminer s'il existe un risque élevé de maladie, des prestations brutes au titre des médicaments au cours de l'année précédente qui dépassent le seuil de 5000 francs. La solution transitoire s'appliquera pour la première fois à la compensation des risques de 2017, mais les assureurs recueillent déjà les données requises depuis le 1^{er} janvier 2015 conformément à la modification du 15 octobre 2014.

Par la présente révision, comme le Conseil fédéral l'a à maintes reprises annoncé, l'indicateur groupes de coûts pharmaceutiques « PCG », formé à partir de données issues du secteur ambulatoire, qui vient s'ajouter aux critères actuels (âge, sexe et séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente) est inscrit dans l'ordonnance. Cette modification implique aussi une adaptation du calcul de la compensation des risques. Afin que l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente qui ont un coût supérieur à 5000 francs » puisse être remplacé le plus rapidement possible par l'indicateur « PCG », cette amélioration est déjà prévue dans la présente révision d'ordonnance.

La prochaine étape devrait être, lors d'une révision ultérieure, l'amélioration de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS » de manière à ce qu'il soit aussi tenu compte à l'avenir de certains groupes de cas apparentés par le diagnostic (*diagnostic related groups, DRG*) ou la prise en compte des différentes durées des séjours.

Un PCG regroupe les médicaments qui contiennent certains principes actifs utilisés pour le traitement d'une pathologie donnée particulièrement coûteuse. Le but de l'inclusion de cet indicateur de morbidité dans la compensation des risques est de repérer, sur la base de leur consommation de médicaments, les assurés ayant un besoin de prestations élevé, afin de décharger de façon plus nuancée les assureurs qui ont dans leurs effectifs des assurés de cette catégorie. Cela permettra de corriger les surcompensations et sous-compensations liées à certains groupes d'assurés et de réduire ainsi l'incitation à pratiquer la sélection des risques. Par rapport à la solution transitoire, le nouvel indicateur ne produit pas d'incitation économique négative ; il vaudra la peine de contrôler les coûts. L'indicateur permet d'identifier les assurés qu'il faut, c'est-à-dire les personnes dont le besoin en médicaments constitue un indice de maladie chronique coûteuse, et il n'est pas susceptible de manipulations. Les PCG sont décrits dans la littérature spécialisée comme un indicateur judicieux pour la compensation des risques, et ils sont aussi utilisés dans d'autres pays qui connaissent un tel dispositif (notamment aux Pays-Bas depuis 2002 ; l'introduction des PCG a considérablement amélioré le modèle néerlandais. Même après y avoir intégré encore d'autres indicateurs, formés p. ex. à partir de diagnostics, les Pays-Bas ont conservé l'indicateur PCG). L'inclusion de l'indicateur PCG correspond aux recommandations d'experts suisses et étrangers ainsi qu'à la stratégie communiquée par le Conseil fédéral.

Etant donné que bien plus de la moitié des articles de l'OCoR en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2017 sont modifiés, une révision totale s'impose, conformément aux directives de technique législative de la Confédération. L'ordonnance en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2017 doit être abrogée et remplacée par la présente ordonnance ; celle-ci s'appliquera pour la première fois à la compensation des risques de 2020. Les assureurs devront donc collecter les données requises conformément aux dispositions de la nouvelle ordonnance à partir du 1^{er} janvier 2018.

2 Grandes lignes de l'ordonnance

L'ordonnance se compose de dix sections. La première comprend cinq dispositions relatives aux indicateurs de morbidité. La section 2 règle la livraison et le contrôle des données. La section 3 contient plusieurs dispositions concernant le calcul de la compensation des risques. La section 4 est consacrée aux paiements dans la compensation des risques. La section 5 comprend deux dispositions relatives au décompte de soldes, information et corrections. La section 6 contient une disposition relative aux rapports. La section 7 est formée de trois dispositions concernant le financement. La section 8 regroupe les dispositions relatives à la protection des données, à la procédure et aux mesures de surveillance. La section 9 porte sur l'analyse des effets. Enfin, la section 10 contient les dispositions finales. Plusieurs articles sont repris du texte de l'OCOR qui sera en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2017. Ils ont été adaptés au niveau de la formulation et, en partie, sur le fond. Toutes les dispositions ont été nouvellement numérotées et l'ordonnance a été dotée d'une nouvelle structure

Les principales nouveautés sont les suivantes :

- l'indicateur de morbidité supplémentaire « PCG », qui est décrit à l'art. 5 et qui remplace l'indicateur « coût des médicaments au cours de l'année précédente » utilisé pour la solution transitoire.
Il permet de repérer, sur la base de leur consommation de médicaments, les assurés traités en ambulatoire qui génèrent des coûts élevés et de décharger de façon plus nuancée les assureurs qui comptent dans leur effectif des assurés de cette catégorie. Les assureurs relèvent déjà aujourd'hui, pour tous leurs assurés, la remise de médicaments inscrits sur la liste des spécialités (LS) pour des traitements ambulatoires, mais d'une manière différente. A l'avenir, ces médicaments devront être saisis de façon claire au moyen d'un code de produit. Les assurés qui se sont fait remettre, durant l'année précédente, au moins le nombre minimal défini de doses quotidiennes standard de médicaments qui figuraient sur la liste des spécialités au moment de la remise et qui sont attribués à un PCG dans la liste des PCG déterminante remplissent les conditions d'attribution au PCG en question (p. ex. PCG rhumatismes, PCG Parkinson, PCG néphropathies). Les assureurs qui ont dans leurs effectifs des assurés de ces groupes sont déchargés spécialement par des suppléments pour PCG, qui varient d'un PCG à l'autre. Le nombre minimal de doses quotidiennes standard (*defined daily dose*, DDD) des médicaments des différents PCG doit être fixé dans une ordonnance départementale (ordonnance du DFI) (p. ex. au moins 180 DDD de médicaments de ce PCG par année civile). Une enquête représentative auprès des assureurs a révélé que – si la valeur minimale de DDD retenue est 180 – 18 % des assurés sont attribués à au moins un PCG ;
- la liste des PCG prévue à l'art. 4.
L'ordonnance prescrit que le DFI édicte la « liste des PCG ». Celle-ci énumère tous les PCG et indique, pour chaque PCG, tous les médicaments qui contiennent les principes actifs attribués à ce PCG. Il est prévu que le DFI édicte cette liste en tant qu'annexe de l'ordonnance du DFI mentionnée et qu'elle soit publiée sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Etant donné que chaque médicament nouvellement admis dans la LS devra être examiné sous l'angle de son attribution à un PCG, il est proposé d'intégrer la Commission fédérale des médicaments (CFM) dans ce processus. La CFM dispose des connaissances spécialisées nécessaires pour cette tâche. Lorsqu'un nouveau médicament sera admis dans la LS, elle fera une proposition sur l'opportunité de l'attribuer à un PCG donné et de l'inscrire dans la liste des PCG existante. La CFM aura une fonction consultative ; les décisions seront prises par le DFI ;
- un calcul en partie nouveau de la compensation des risques, décrit aux art. 9 à 18, ainsi que la livraison de données individuelles à l'Institution commune LAMal (art. 6).
L'inclusion du nouvel indicateur « PCG » implique une nouvelle méthode de calcul de la compensation des risques. La méthode cellulaire appliquée actuellement sera remplacée par un calcul de régression en deux étapes, qui garantit aussi une somme nulle pour chaque canton, évitant de la sorte que des paiements passent d'un canton à un autre. Cette nouvelle méthode de calcul se traduit, pour les assureurs, par des exigences plus élevées en matière de transmission des

données à l'Institution commune LAMal. Ils devront désormais lui livrer le numéro AVS de leurs assurés sous une forme pseudonymisée ainsi que d'autres données individuelles alors qu'ils remettent actuellement des données regroupées. Outre les données concernant le canton de domicile, l'âge, le sexe, les mois d'assurance, l'existence d'un séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente ainsi que les prestations nettes, ils devront aussi livrer des données relatives aux médicaments figurant sur la LS qui ont été remis à leurs assurés au cours de l'année précédente, notamment le code GTIN (Global Trade Item Number) et le nombre d'emballages par médicament. Le regroupement des données relatives aux médicaments en PCG se fera auprès de l'institution commune LAMal, qui procède aussi au calcul de la compensation des risques.

3 Commentaire des dispositions

La présente révision totale n'abroge pas l'OCoR dans la version en vigueur. Avant cela, la modification décidée par le Conseil fédéral le 15 octobre 2014 entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (RO **2014** 3481). Pour une meilleure compréhension, le commentaire qui suit appelle « OCoR 2017 » la version applicable dès cette date à titre transitoire, laquelle sera abrogée le 1^{er} janvier 2020. Comme l'OCoR 2017 ne sera consultable dans le recueil systématique du droit fédéral (RS) qu'à partir du 1^{er} janvier 2017, elle est publiée sous forme de document d'aide pour la présente révision (voir annexe du présent commentaire).

Section 1 Indicateurs de morbidité

Art. 1 Indicateurs

Dans l'OCoR 2017, les indicateurs sont énumérés à l'art. 2.

Cette disposition énumère, comme aujourd'hui, les indicateurs de morbidité. La liste commence par les indicateurs déjà existants: l'âge (let. a), le sexe (let. b) et le séjour dans un hôpital ou un EMS (let. c). Suit, à la let. d, le nouvel indicateur groupes de coûts pharmaceutiques « PCG ». Il remplace l'indicateur « coût des médicaments au cours de l'année précédente » qui a été défini comme solution transitoire.

Le fait que l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social » ne soit plus assorti du complément « au cours de l'année précédente » n'induit aucun changement matériel. Il s'agit seulement d'éviter que la désignation de cet indicateur et celle du nouvel indicateur (PCG) ne soient trop lourdes. Mais ce sont toujours les données de l'année précédente qui seront prises en compte, comme le précisent explicitement les dispositions (cf. art. 3 et 5).

Art. 2 Indicateur « âge »

L'art. 2 correspond à l'art. 2a de l'OCoR 2017.

Cette disposition est reprise telle quelle.

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

L'art. 3 correspond matériellement à l'art. 2c de l'OCoR 2017.

L'indicateur est défini en introduction à l'aide de la notion de risque élevé de maladie. Le contenu normatif de la disposition est repris. Pour simplifier la désignation de l'indicateur, le complément « au cours de l'année précédente » est supprimé, mais il n'en résulte aucun changement matériel ; les données de l'année précédente continueront d'être prises en compte comme actuellement. L'alinéa 4 fixe dorénavant que la nuit du 31 décembre au 1^{er} janvier est décomptée dans l'année d'admission. Cela reflète la pratique existante à ce sujet (voir: Leitfaden ordentliche Datenerhebung der Gemeinsamen Einrichtung KVG).

Art. 4 Liste des PCG

Cette disposition est nouvelle.

La liste des PCG sera édictée par le DFI. Comme sa forme juridique ne peut être qu'une ordonnance, le DFI l'édictera en tant qu'annexe à une ordonnance du département (ordonnance du DFI). Il compte la publier sous forme électronique sur le site Internet de l'OFSP. Par contre, il n'est prévu de la publier ni dans le recueil officiel ni dans le recueil systématique du droit fédéral.

La liste des PCG devra être mise à jour chaque année, car de nouveaux médicaments avec de nouveaux principes actifs sont admis régulièrement dans la LS. Le DFI est responsable de cette mise à jour, de même que de l'adaptation de la liste pour ce qui est de l'inclusion de nouveaux PCG et la suppression de PCG existants. Le DFI mandate périodiquement l'OFSP pour cela, ou commande des études à des experts externes. Ces adaptations permettront de mieux couvrir les groupes sous-compensés et de tenir compte des progrès de la médecine.

Al. 1

L'al. 1 précise d'abord que la liste des PCG est édictée par le DFI (cf. explications ci-dessus). Pour la version initiale, le DFI se fondera sur des études scientifiques spécifiques. Le mandat pour une telle étude a été donné par l'OFSP en 2014. Les résultats de cette première étude devront toutefois être mis à jour avant l'édition de la première liste des PCG, car entre-temps divers nouveaux médicaments auront été admis dans la LS. Les assureurs devront saisir les données relatives à la compensation des risques conformément à la nouvelle OCoR dès janvier 2018. Le fait qu'un médicament soit attribué à un PCG ou non ne joue aucun rôle à cet égard. Les assureurs recevront des instructions en temps voulu.

L'al. 1 définit ensuite la notion de PCG, définition dont le DFI doit tenir compte pour établir les différents PCG. Un PCG regroupe les médicaments qui contiennent certains principes actifs utilisés pour le traitement d'une pathologie particulièrement coûteuse. Enfin, il précise qu'un principe actif ne peut être attribué qu'à un seul PCG. En d'autres termes, lorsqu'un principe actif est utilisé pour traiter différentes maladies, il faudra choisir un PCG. Ou alors, si le principe actif est de manière générale trop peu spécifique pour être attribué à un PCG plutôt qu'à un autre, il ne l'est à aucun.

Al. 2

L'al. 2 précise les données que la liste des PCG doit contenir : elle doit indiquer pour chaque PCG les médicaments qui contiennent les principes actifs attribués à ce PCG, avec mention du code GTIN et du nombre de doses quotidiennes standard (*defined daily dose*, DDD) par forme galénique et par emballage. Le code GTIN présente ces deux avantages : il est inscrit dans la LS par forme galénique et par emballage ; le numéro est connu au moment de l'admission du produit dans la LS et il est généralement accessible aux assureurs ; et, contrairement au code pharmaceutique, il ne s'agit pas d'une offre privée. Toutefois, se fonder exclusivement sur le code GTIN pourrait poser des problèmes dans la phase initiale. Le code GTIN est certes connu mais pas encore établi. C'est pourquoi, pour les calculs de la compensation des risques de 2020 à 2022, les listes des PCG déterminantes spécifieront pour chaque médicament, en tant qu'alternative au code GTIN, le pharmacode (voir art. 32 Dispositions transitoires). Le nombre de DDD par forme galénique et par emballage se déduit de la DDD qui a été définie pour le principe actif.

Al. 3

Pour les préparations combinées, comme on en trouve dans les produits ophtalmiques, les antidiabétiques oraux ou les anti-hypertoniques, il faudra toujours choisir parmi les principes actifs un principe actif principal, lequel déterminera l'attribution du médicament à un PCG.

Al. 4

Certains assurés remplissent simultanément les conditions d'attribution à plusieurs PCG se rapportant au même problème de santé ou à un problème de santé similaire. Comme toutes les maladies ne peuvent pas être distinguées clairement l'une de l'autre, le système de classification étant parfois flou, il n'est pas possible d'éviter que la même maladie de base soit prise en compte dans différents groupes. Ce problème peut être réglé par une hiérarchisation des groupes de maladies : si un assuré remplit les conditions d'attribution à deux PCG qui se réfèrent au même problème de santé ou à un problème similaire, il n'est classé que dans le PCG qui se réfère au problème de santé le plus lourd. Si par exemple un assuré s'est fait remettre des médicaments aussi bien contre un taux de cholestérol trop élevé que contre une maladie cardiaque, il ne sera enregistré que dans le groupe des maladies cardiaques. Dans ce cas, l'assureur n'obtient que le supplément pour le PCG le plus haut placé dans la hiérarchie, même si l'assuré remplit aussi les conditions d'attribution au PCG placé plus bas.

Un autre problème réside dans le fait que deux maladies peuvent influencer fortement l'une sur l'autre et que les dépenses de santé des assurés présentant les deux maladies diffèrent considérablement de celles des assurés qui n'en présentent qu'une. Ce problème peut être résolu par la constitution d'un groupe de « chevauchement ». Les assurés présentant les deux maladies (c.-à-d. à qui des médicaments de deux PCG ont été remis) sont classés dans le groupe de chevauchement. On peut citer l'exemple du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle : il y aura un PCG « diabète de type 2 avec hypertension » et un PCG « diabète de type 2 sans hypertension ».

La hiérarchisation des PCG est du ressort du DFI, qui procédera à de telles hiérarchisations dès le début de la prise en compte des PCG.

Al. 5

La CFM conseille le DFI pour l'attribution de principes actifs et de médicaments à un PCG et pour la détermination des doses quotidiennes standards lorsqu'un médicament est admis dans la LS pour la première fois ou pour une nouvelle indication. Cette manière de procéder a été choisie parce que la CFM dispose déjà des connaissances spécialisées nécessaires. La CFM aura une fonction consultative ; les décisions seront prises par le DFI. Les tâches de la CFM étant définies dans l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), cette nouvelle tâche est ajoutée à la disposition concernée de l'OAMal (cf. art. 31).

Art. 5 Indicateur « PCG »

Cette disposition est nouvelle. Elle remplace la solution transitoire de l'indicateur « coût des médicaments » (art. 2b OCor 2017).

L'inclusion de l'indicateur PCG permettra de repérer, sur la base de leur consommation de médicaments, les assurés traités en ambulatoire qui génèrent des coûts élevés et de décharger de façon plus nuancée les assureurs comptant dans leur effectif des assurés de cette catégorie. Cela permettra aussi de supprimer des surcompensations ou des sous-compensations pour certains groupes d'assurés. Par exemple, les assureurs bénéficient actuellement d'une compensation excessive pour les femmes de 81 à 85 ans en bonne santé qui n'ont pas séjourné dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente et qui ne présentent pas l'indicateur « coût des médicaments ». A l'inverse, la compensation est insuffisante, par exemple, pour les hommes de 26 à 30 ans qui n'ont pas séjourné dans un hôpital mais qui sont atteints de diabète. Le DFI établira la version initiale de la liste des PCG en se fondant sur des études scientifiques spécifiques. Y figureront différents PCG, par exemple : maladies cardiaques, dépression, asthme.

Al. 1

L'indicateur est défini en introduction à l'aide de la notion de risque élevé de maladie.

Al. 2

L'al. 2 énumère les conditions qui doivent être remplies pour qu'un assuré, lors du regroupement des données effectué par l'Institution commune LAMal, soit attribué à un PCG. L'Institution commune attribue l'assuré à un PCG donné :

- lorsqu'il lui a été remis, au cours de l'année précédente, au moins un nombre minimal défini de doses quotidiennes standard (DDD) de médicaments qui sont inscrits sur la LS au moment de la remise,
- que ces médicaments sont attribués à ce PCG dans la liste des PCG,
- que les coûts de ces médicaments sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), et
- que ces médicaments ne sont pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal.

La DDD est établie par le DFI (cf. al. 5). Un assuré qui s'est fait remettre plusieurs médicaments sans que le nombre minimal de DDD soit atteint pour aucun d'entre eux n'est attribué à aucun PCG. Il est possible qu'un assuré soit attribué à plusieurs PCG et donne lieu à plusieurs suppléments pour PCG.

Cependant, l'assureur n'obtiendra que le supplément pour le PCG le plus haut placé dans la hiérarchie lorsqu'il y a hiérarchisation entre les PCG (cf. art. 15, al. 2).

Al. 3

L'Institution commune LAMal n'appliquera qu'une liste des PCG par calcul de compensation des risques ; il s'agit de la liste en vigueur au moment du calcul de la compensation des risques de l'année suivant l'année de compensation. La liste des PCG pourra ainsi tenir compte rapidement des modifications de la LS. Comme exposé à l'art. 4, la liste des PCG devra être adaptée annuellement, du fait que régulièrement de nouveaux médicaments sont repris dans la LS. Il est possible que la liste des PCG doive être révisée pour la première fois avant même le calcul de la compensation des risques 2020.

Al. 4

La date de la prescription et celle de la remise des médicaments ne coïncident pas toujours. Pour les malades chroniques, en particulier, on établit souvent des ordonnances renouvelables, qui permettent la remise de médicaments durant plusieurs mois. Il est précisé que, pour l'attribution des médicaments à une année civile, c'est la date de remise qui est déterminante.

Al. 5

Le nombre de DDD revêt une importance déterminante pour l'attribution des assurés à un PCG. Le DFI fixe le nombre minimal de DDD dans une ordonnance. Grâce à la prise en compte du nombre minimal de DDD pour l'attribution à des PCG, seuls les assurés qui suivent un traitement de longue durée remplissent les conditions d'attribution à des PCG.

Section 2 Livraison et contrôle des données

Art. 6 Livraison des données

La livraison par les assureurs des données requises pour la compensation des risques est réglée à l'art. 10 de l'OCOR 2017.

Al. 1

Etant donné l'inclusion du nouvel indicateur de morbidité « PCG », qui entraîne le passage à un calcul de régression au moyen de la méthode des moindres carrés – cf. à ce sujet les art. 9 à 18 de la section 3 « Calcul de la compensation des risques » –, les assureurs doivent désormais livrer à l'Institution commune LAMal des données individuelles concernant leurs assurés. Pour éviter que les assurés puissent être identifiés et pour respecter la protection des données, leur numéro AVS est livré sous forme pseudonymisée. L'assureur livre, par assuré, les données suivantes :

- canton de domicile ;
- numéro d'assuré AVS sous forme pseudonymisée ;
- année de naissance ;
- sexe ;
- séjour en hôpital ou en EMS ;
- code GTIN et nombre d'emballages par médicament figurant sur la liste des spécialités ;
- nombre de mois durant lesquels l'assuré a été assuré chez lui ;
- prestations brutes ;
- participation aux coûts.

Il faut au minimum qu'une ligne de données par personne assurée soit livrée par ensemble de données. Lors d'un changement de domicile au cours d'une année accompagné d'un changement de canton, l'assureur doit livrer une deuxième ligne de données. Les assureurs doivent communiquer par assuré les données brutes, c.-à-d. les médicaments de la LS remis dont les coûts sont pris en charge par l'AOS et qui ne sont pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, par leur code GTIN. L'attribution des assurés à un PCG est effectuée par l'Institution commune LAMal lorsque, sur la base des

données relatives aux médicaments qui leur ont été remises au cours de l'année précédente, ils remplissent les conditions de l'art. 5, al. 2, pour l'attribution à ce PCG (cf. art. 12).

Comme actuellement, l'Institution commune LAMal précise dans son guide les ensembles de données à livrer, ainsi que la manière de procéder pour la livraison des données. Il est ajouté, à l'al. 1, que les assureurs doivent remettre les données à l'Institution commune LAMal à leurs frais.

Al. 2

A chaque livraison de données, les assureurs fournissent deux ensembles de données. Le premier comprend les données énumérées ci-dessus pour l'année précédant la livraison, le second, pour l'avant-dernière année précédant la livraison. Un ensemble contiendra donc des données ne concernant qu'une année civile, ce qui est nouveau.

Al. 3

L'al. 3 énonce le délai de livraison des données. Comme actuellement, celui-ci est fixé au 30 avril.

Al. 4

Comme actuellement, l'extraction des données prévue à l'al. 4 se fait deux mois avant l'échéance du délai de livraison des données. Les modifications survenues après cette extraction ne doivent pas être prises en compte dans les données livrées.

Art. 7 Données des assureurs qui ne sont plus actifs

Cette disposition est nouvelle.

Les données des assureurs qui ne sont plus actifs continuent à être exigées pour le calcul de la compensation des risques. Les al. 1 et 2 déterminent qui est compétent pour la livraison de ces données.

Al. 1

Les assureurs dont la fortune et l'effectif d'assurés ont été transférés par convention à un autre assureur au sens des art. 2 et 3 de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal)¹ ne sont pas tenus de livrer des données pour la compensation des risques. C'est aux assureurs repreneurs qu'il incombe de livrer les données pour la compensation des risques.

Al. 2

Pour les assureurs auxquels l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale a été retirée au cours des deux dernières années précédant l'année de compensation mais dont la fortune et l'effectif des assurés n'ont pas été transférés par convention à un autre assureur au sens des art. 2 et 3 LSAMal, c'est aux tiers responsables de la liquidation qu'il incombe de livrer les données pour la compensation des risques.

Art. 8 Contrôle des données

L'art. 8 est dans une large mesure repris de l'art. 11 de l'OCOR 2017.

Le nouvel al. 1 fixe au niveau de l'ordonnance un délai pour la remise des rapports des organes de révision sur l'exactitude et l'exhaustivité des données livrées. L'al. 1^{bis} actuel devient l'al. 4.

Section 3 Calcul de la compensation des risques

Le calcul des redevances de risque et des contributions de compensation est réglé à l'art. 6 de l'OCOR 2017.

¹ RS 832.12

Le calcul de la compensation des risques est désormais réglé en plusieurs articles. L'affinement de celle-ci au moyen des PCG implique en effet une adaptation du calcul. La méthode cellulaire (cas particulier de calcul de régression avec interaction entre toutes les variables) appliquée aujourd'hui est remplacée par la méthode des moindres carrés, qui consiste à déterminer les paramètres de telle sorte que la somme des écarts quadratiques de la courbe des points observés soit la plus petite possible.

Le montant des suppléments pour PCG est déterminé au moyen d'un calcul de régression suivant la méthode des moindres carrés. Ces suppléments sont valables quel que soit le groupe de risque auquel appartient l'assuré, s'il a été attribué au PCG correspondant. Par exemple, le supplément pour le PCG « maladies cardiaques » est le même pour un homme jeune et pour une femme plus âgée. Ensuite, une redevance de risque ou une contribution de compensation est calculée pour chaque groupe de risque – défini, par canton, en fonction de l'âge, du sexe et du séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente, mais sans tenir compte du PCG – suivant une procédure qui ressemble beaucoup à la méthode cellulaire actuelle.

Enfin, la somme du montant de la redevance de risque ou de la contribution de compensation pour le groupe de risque et des suppléments éventuels pour PCG est multipliée par le nombre de mois d'assurance afin de déterminer le montant que, pour chaque assuré, l'assureur doit payer à la compensation des risques, ou recevoir de celle-ci. La redevance due ou la contribution obtenue par l'assureur correspond à la somme de ces valeurs pour tous ses assurés.

Art. 9 Effectifs des assurés

L'art. 9 correspond matériellement à l'art. 4 de l'OCOR 2017.

Al. 1

Comme actuellement, les mois d'assurance sont déterminants pour établir les effectifs d'assurés d'un assureur. Toutefois, la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant la divisibilité des primes mensuelles de l'AOS (ATF 142 V 87) doit être prise en compte. Ainsi, les mois interrompus p.ex. par une prise de domicile en Suisse, un déménagement à l'étranger ou une mort doivent, conformément aux lignes directrices de l'Institution commune LAMal concernant le prélèvement correct des données, être indiqués sur une base journalière en fraction de mois (p.ex. 8,26 mois ; 10,13 mois).

Al. 2

Comme actuellement aussi, six catégories de personnes ne sont pas prises en compte pour l'établissement des effectifs d'assurés. Elles sont énumérées aux lettres a à f.

La let. f formule de façon précise la pratique existant depuis des années.

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

Les assureurs devront, ce qui est nouveau, livrer à l'Institution commune LAMal le numéro AVS de leurs assurés, sous forme pseudonymisée, ainsi que d'autres données individuelles. Un code de liaison garantira la possibilité d'observer chaque individu sur plusieurs livraisons de données, même s'il change d'assureur.

Al. 1

Aux termes de l'al. 1, l'Institution commune LAMal rassemble les ensembles de données livrés par les assureurs. Elle les regroupe de telle sorte que les données relatives aux indicateurs de morbidité des assurés pour l'année précédente, même celles concernant ceux qui ont changé d'assureur, soient incluses dans le calcul. La prise en compte des informations relatives à l'année précédente des personnes qui choisissent une autre caisse ne nécessite donc pas d'échange de données entre assureurs pour ces assurés : toutes les données nécessaires sont en possession de l'Institution commune LAMal pour le calcul de la compensation des risques. Du fait de la prise en compte intégrale des informations relatives à l'année précédente, les personnes malades chroniques ayant séjourné dans un hôpital ou un

EMS, ou ayant été attribuées à un PCG qui changent d'assureur deviennent plus attractives pour le nouvel assureur.

Al. 2

L'al. 2 précise que l'Institution commune LAMal, pour chaque assuré, relie entre elles les données nécessaires au calcul de la compensation des risques qui concernent deux années différentes et qui se trouvent donc dans des ensembles de données différents.

Art. 11 Répartition des assurés en groupes de risque

Selon cette disposition, les assurés sont répartis en groupes de risque par canton, en fonction de l'âge, du sexe et de l'existence d'un séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente. On ne tient pas compte, pour cette répartition, de la présence d'un risque élevé de maladie sur la base d'un PCG.

Art. 12 Répartition des assurés en PCG

Les assureurs livrent à l'Institution commune LAMal, pour chaque assuré, les données concernant les médicaments de la LS remis. Tous les médicaments remis sont indiqués séparément, par assuré, avec leur code GTIN. Il est précisé que l'Institution commune LAMal attribue les assurés à un PCG donné, sur la base des données livrées par les assureurs, s'ils remplissent les conditions d'admission à ce PCG. Pour ce faire, elle vérifie d'abord si des médicaments figurant sur la LS au moment de la remise ont été remis aux assurés, puis si ces médicaments sont attribués à un PCG sur la liste des PCG déterminante, et enfin si le nombre minimal de DDD fixé par le DFI a été atteint pour un ou éventuellement plusieurs PCG. Si l'assuré, sur la base de cet examen, est attribué à plusieurs PCG, l'Institution commune LAMal vérifie si ces PCG sont hiérarchisés, auquel cas seul le PCG placé le plus haut est déterminant pour le calcul.

Art. 13 Calcul de la moyenne de groupe

Al. 1

Cette disposition définit le calcul de la moyenne de groupe, autrement dit des prestations nettes moyennes dans les différents groupes de risque. Pour cela, les assurés sont répartis en groupes de risque, les effectifs et les prestations nettes de ces groupes sont déterminés, puis les prestations nettes moyennes sont calculées pour chaque groupe de risque. Le calcul est fait durant l'année qui suit l'année de compensation, sur la base des mois d'assurance et des prestations nettes de l'année civile précédente et des séjours dans un hôpital ou un EMS durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation. Le calcul ultérieur permet de pouvoir disposer d'un nouvel ensemble de données plus complet (décompte sur 26 mois). De plus, dans le cadre du calcul de la moyenne de groupe, il sera pour la première fois tenu compte d'un facteur de renchérissement des coûts.

Al. 2

Le facteur de renchérissement doit tenir compte de l'évolution des coûts dans l'AOS. L'évolution des coûts dans les différents groupes de risque entre l'année qui précède l'année de compensation et l'année de compensation peut être déterminée approximativement par la comparaison des prestations prises en charge au cours des 14 premiers mois de chacune des deux périodes. Le facteur de renchérissement tient compte du fait que l'évolution des coûts n'est pas la même dans tous les groupes de risque. Les détails concernant la méthode de calcul du facteur de renchérissement des coûts seront définis dans l'ordonnance du DFI.

Art. 14 Calcul des prestations nettes attendues et de la moyenne générale

Al. 1

L'al. 1 désigne, comme première étape pour le calcul de la moyenne générale, le calcul du total des prestations nettes attendues dans les différents groupes de risque. Ce calcul est fait durant l'année qui suit l'année de compensation et se fonde sur les moyennes de groupe de l'année précédant l'année de compensation, calculées également durant l'année qui suit l'année de compensation, et sur les effectifs des différents groupes de risque durant l'année de compensation. Pour la répartition des assurés en groupes de risque, les séjours dans un hôpital ou un EMS durant l'année civile précédant l'année de compensation sont déterminants. Les moyennes de groupe déjà calculées sont donc multipliées par ces nouveaux effectifs.

Al. 2

L'al. 2 définit le calcul de la moyenne générale attendue, par canton, sur la base du total des prestations nettes au sens de l'al. 1. Pour ce faire, le total des prestations nettes attendues dans tous les groupes de risque du canton est divisé par l'effectif total des groupes de risque du canton.

Art. 15 Suppléments pour PCG

Al. 1

L'al. 1 énonce le principe selon lequel les assureurs obtiennent des suppléments spéciaux pour leurs assurés qui sont attribués à un PCG. Autrement dit, les contributions de compensation qu'ils obtiennent pour ces assurés sont plus élevées que pour les assurés des mêmes groupes de risque qui ne présentent pas cet indicateur. Les assureurs sont donc indemnisés spécialement pour le risque supplémentaire que représentent les assurés en question.

Al. 2

L'al. 2 précise la manière de procéder avec les assurés attribués à plusieurs PCG lorsque ceux-ci sont organisés selon un ordre hiérarchique. Les assureurs ne reçoivent pas de suppléments selon l'alinéa 1 pour des PCG classés hiérarchiquement plus bas. Ils n'ont droit à un supplément au sens de l'al. 1 que pour le PCG placé le plus haut dans la hiérarchie.

Al. 3

L'alinéa 3 définit explicitement que si un assuré est attribué à plusieurs PCG qui ne sont pas soumis à une hiérarchisation, l'assureur obtient un supplément pour tous les PCG auxquels l'assuré est attribué. Ainsi, il est garanti aux assureurs de recevoir une indemnité appropriée pour ces assurés.

Art. 16 Fixation des suppléments pour PCG

Al. 1

L'al. 1 décrit la manière dont sont fixés les suppléments pour PCG au sens de l'art. 15. Ils le sont au moyen d'un calcul de régression selon la méthode des moindres carrés : de cette manière, la somme des coûts résiduels quadratiques de chaque assuré est réduite au minimum. Les coûts résiduels d'un assuré correspondent à la différence entre les prestations nettes pour cet assuré et la moyenne de groupe au sens de l'art. 13 du groupe de risque auquel il appartient, compte tenu des écarts par rapport à la moyenne de groupe qui sont prévisibles sur la base des données relatives aux médicaments remis. Le calcul des suppléments a lieu durant l'année qui suit l'année de compensation, sur la base des prestations nettes de l'année civile précédant l'année de compensation et de l'indicateur PCG de l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation.

Al. 2

L'al. 2 précise les données qui sont déterminantes pour la fixation des suppléments. Il s'agit :

- des médicaments remis durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation, pour la répartition des assurés en PCG ;

- des effectifs d'assurés ;
- des prestations nettes durant l'année civile précédant l'année de compensation.

Al. 3

L'al. 3 précise que les suppléments pour PCG ne sont pris en compte dans le calcul que si leurs valeurs sont positives. Si le calcul aboutit à une valeur négative, le supplément est égal à 0. Cela évite que les montants payés par la compensation des risques pour les assurés qui présentent l'indicateur PCG soient inférieurs à ceux payés pour les assurés du même groupe de risque qui ne présentent pas cet indicateur.

Art. 17 Financement des suppléments pour PCG

L'art. 17 règle le financement des suppléments au sens de l'art. 16. Ce financement est calculé séparément pour chaque groupe de risque. L'on se base pour cela sur le nombre d'assurés du groupe de risque qui donnent droit à un supplément et sur le montant des suppléments correspondants.

Art. 18 Taux de redevance de risque et taux de contributions de compensation par groupe de risque

Al. 1

L'al. 1 définit le calcul de la moyenne de groupe modifiée. Celle-ci est nécessaire pour calculer le montant des redevances de risque et des contributions de compensation pour les différents groupes de risque. Elle correspond à la moyenne de groupe au sens de l'art. 13, moins le montant moyen servant à financer les suppléments, défini à l'art. 17, pour les différents groupes de risque.

Al. 2

Pour les groupes de risque dont la moyenne de groupe modifiée est inférieure à la moyenne générale, le résultat est un taux de redevances ; autrement dit, l'assureur doit payer à la compensation des risques un montant pour chaque assuré du groupe de risque.

Al. 3

Pour les groupes de risque dont la moyenne de groupe modifiée est supérieure à la moyenne générale, le résultat est un taux de contributions ; autrement dit, l'assureur obtient de la compensation des risques un montant pour chaque assuré du groupe de risque.

Section 4 Paiements au titre de la compensation des risques

Art. 19

L'art. 12 de l'OCOR 2017 est adapté partiellement.

Al. 1 à 3

En partie restructurés et améliorés sous l'angle linguistique, les al. 1 à 3 contiennent les normes actuelles relatives au paiement des acomptes et au paiement final.

Al. 4

L'al. 4 précise désormais clairement que l'Institution commune LAMal peut, si elle n'a pas reçu tous les paiements des assureurs à la date de référence, réduire proportionnellement le paiement des contributions de compensation qu'elle leur doit sur la base des redevances de risque encaissées.

Al. 5

Les règles actuelles concernant la compensation des créances et des dettes sont maintenues, mais elles sont mieux structurées et adaptées du point de vue linguistique.

Al. 6

L'al. 6 porte, comme aujourd'hui, sur les intérêts dus dans le cadre du paiement des acomptes pour les montants payés en trop ou en insuffisance. Ce qui est nouveau, c'est qu'il est spécifié que le taux d'intérêt correspond au rendement des obligations de la Confédération, si celui-ci est positif. Si le rendement est négatif, aucun intérêt n'est perçu ou remboursé.

Al. 7

Le taux de l'intérêt moratoire est fixé à 5 % par an. Cela correspond au taux de l'intérêt moratoire sur les prestations des assureurs fixé à l'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales.

Section 5 Décompte de soldes, information et corrections

Art. 20 Décompte de soldes et information

Cet article reprend l'art. 7 de l'OCOR 2017 et le divise en deux dispositions.

Comme aujourd'hui, l'ordonnance précise que l'Institution commune LAMal remet à chaque assureur le décompte de solde des redevances de risque et des contributions de compensation qui le concernent. Afin que les résultats du calcul de la compensation des risques puissent être pris en compte dans le calcul des primes, il est nouvellement prévu que l'Institution commune LAMal communique à chaque assureur les données supplémentaires suivantes par canton et par groupe de risque :

1. le montant des redevances de risque respectivement des contributions de compensation,
2. le nombre d'assurés,
3. le nombre d'assurés par PCG,
4. la somme de tous les suppléments pour PCG.

L'ordonnance fixe également un délai jusqu'au 30 juin à l'Institution commune LAMal pour la communication à chaque assureur du décompte de soldes ainsi que des données supplémentaires susmentionnées relatifs à la compensation des risques de l'année précédente.

Art. 21 Corrections après livraison de données incorrectes

L'art. 21 correspond matériellement en substance aux art. 10, al. 3 et 4, et 12a de l'OCOR 2017.

Al. 1 et 2

Les al. 1 et 2 précisent dans quels cas l'Institution commune LAMal peut refuser de recalculer la compensation des risques et dans lesquels un nouveau calcul est exclu. Les dispositions correspondantes de l'OCOR 2017 (art. 10, al. 3 et 4) ont simplement été adaptées pour ce qui est des renvois à d'autres dispositions de l'ordonnance. Mais ces règles ne connaissent aucun changement matériel.

Al. 3 et 4

Le contenu normatif correspond à l'art. 12a de l'OCOR 2017. Seuls les renvois aux dispositions de l'ordonnance ont été adaptés, et une amélioration rédactionnelle a été apportée.

Al. 5

Si les montants prévus à l'alinéa 3 sont des montants bagatelles, l'Institution commune LAMal les déduit dorénavant des frais d'administration. Les intérêts courants figurants à l'art. 24 al. 2 doivent également être déduits des frais d'administration (voir. Art. 24).

Section 6 Rapports

Art. 22

Cet article reprend l'art. 7 de l'OCOR 2017. Son contenu et sa formulation ont été adaptés.

Al. 1

L'ordonnance indique maintenant clairement quelles données l'Institution commune LAMal livre chaque année à l'OFSP. Afin que les assurés ne puissent pas être identifiés et que la protection des données soit respectée, les données communiquées à l'OFSP seront pseudonymisées. L'office ne doit traiter les données que dans les buts de permettre le développement de la compensation des risques et l'analyse des effets (art. 17a, al. 2 LAMal). La nouvelle disposition législative oblige le Conseil fédéral pour tout indicateur supplémentaire à analyser ces effets (voir art. 29 et son commentaire).

L'Institution commune LAMal continue d'envoyer à l'OFSP les redevances de risque et les contributions de compensation des assureurs calculées par canton et pour toute la Suisse.

Al. 2

Etant donné le nouveau calcul de la compensation des risques, il est ajouté que la statistique doit aussi comprendre les taux de redevance et de contribution pour les groupes de risque, ainsi que les suppléments pour PCG.

Al. 3 à 5

Les al. 3 à 5 reprennent d'autres dispositions de l'art. 7 de l'OCOR 2017, dont elles améliorent la structuration et adaptent la formulation.

Section 7 Financement

Art. 23 Frais d'administration

L'art. 9 de l'OCOR 2017 subit des adaptations.

Al. 1

Jusqu'à présent, la répartition des frais d'administration se fondait sur le nombre de personnes assurées pour l'assurance obligatoire des soins. L'al. 1 fixe que dorénavant les effectifs d'assurés dans la compensation des risques sont déterminants. La réflexion qui a mené à ce changement est que ces données sont directement disponibles auprès de l'Institution commune LAMal. L'adaptation est en outre matériellement fondée.

Al. 2

Cet alinéa contient un simple renvoi à une disposition de l'ordonnance.

Art. 24 Fonds

Cet article correspond à l'art. 13 de l'OCOR 2017, avec diverses adaptations, et intègre l'art. 13a.

Al. 1

Il est ajouté à l'al. 1 que les coûts générés lorsque les banques perçoivent des intérêts négatifs peuvent être couverts par les capitaux du fonds. Pour le reste, la disposition est reprise sans changement.

Al. 2

Dorénavant, l'Institution commune LAMal peut déduire lors de la facturation des frais d'administration aux assureurs, les intérêts accumulés du fonds qui dépassent le montant de 500 000 francs. La somme

est calculée en fonction de la participation de l'assureur à la compensation des risques de l'année précédente. Cela lui permet de réduire ses frais d'administration.

Al. 3

L'Institution commune LAMal reste tenue d'édicter un règlement du fonds.

Art. 25 Comptes de régularisation pour la compensation des risques

L'art. 6b de l'OCOR 2017 est adapté et complété.

La let. a est adaptée en raison de la nouvelle définition de la notion de groupe de risque. La let. b est nouvelle. Elle prévoit que les assureurs tiennent compte des changements concernant la morbidité dans leur effectif d'assurés pour constituer leurs comptes de régularisation. Différentes modifications de l'OCOR ont rendu ces reformulations nécessaires. Mais, comme aujourd'hui, l'assureur doit tenir compte – en plus des variations des prestations nettes et des acomptes déjà payés ou reçus – de l'évolution de son effectif d'assurés au regard de la taille et de la morbidité pour constituer ses comptes de régularisation.

Section 8 Protection des données, procédure et mesures de surveillance

Art. 26 Protection des données

L'art. 14 al. 2 de l'OCOR 2017 est élargi.

Al. 1

Il est simplement apporté une amélioration au niveau de la linguistique.

Al. 2

Les données récoltées seront traitées par l'Institution commune LAMal non seulement pour l'exécution de la compensation des risques et l'élaboration de la statistique, mais aussi pour procéder au contrôle des données. L'al. 2 est complété en ce sens.

Al. 3

Désormais, les assureurs doivent communiquer à l'Institution commune LAMal des données individuelles (art. 6). Afin d'éviter que des déductions puissent être tirées concernant des assurés précis, les assureurs communiquent le numéro AVS de leurs assurés sous forme pseudonymisée. Dans leur domaine de responsabilité, les assureurs doivent respecter les règles de protection des données. L'Institution commune LAMal et l'OFSP sont les instances responsables de l'utilisation subséquente des données. C'est pourquoi l'al. 3 définit une responsabilité partagée pour la protection des données ; à chaque fois qu'ils utilisent des données, l'Institution commune LAMal et l'OFSP sont chacun responsable de garantir l'anonymat des assurés. Ils ne peuvent utiliser les données que dans les limites des buts fixés par la LAMal et dans l'ordonnance (art. 17a LAMal, art. 22, al. 1, let. a, et 26, al. 2, du projet d'ordonnance). La solution technique concrète pour la transmission des données à l'Institution commune LAMal n'est pas encore définie à l'heure actuelle et ne peut donc pas encore être décrite. L'Institution commune LAMal attribuera un mandat pour le développement de l'application requise et veillera, dans la définition des exigences, à ce qu'il soit garanti par des mesures techniques et organisationnelles qu'aucune déduction ne puisse être tirée concernant des assurés précis, ni par l'Institution commune LAMal ni par l'OFSP.

Art. 27 Procédure et voies de droit

L'art. 15 de l'OCOR 2017 est repris tel quel.

Art. 28 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre

La facturation des frais supplémentaires et les mesures d'ordre étaient réglées à l'art. 16 de l'OCOR 2017.

Comme actuellement, l'Institution commune LAMal peut facturer à un assureur qui ne satisfait pas à son obligation de livrer les données nécessaires et de payer ce qu'il doit, ou qui livre des données erronées, les frais supplémentaires qui en résultent. Si, en dépit d'un avertissement écrit de l'Institution commune LAMal, il manque de manière répétée à cette obligation, l'OFSP peut lui retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale. Dans le droit actuel, l'OFSP ne peut que proposer le retrait de cette autorisation. Désormais, il pourra le décider (art. 43 LSAMal). Il s'agit là du seul changement matériel apporté à cette disposition. L'al. 2 est raccourci.

Section 9 Analyse des effets

Art. 29

L'art. 8 de l'OCOR 2017 est adapté et divisé en deux alinéas.

Al. 1

Lors des débats parlementaires concernant les initiatives parlementaires 11.473 « Compensation des risques » et 12.446 « Introduction rapide d'un système efficace de compensation des risques », le Conseil fédéral a été obligé, sur demande du Parlement, d'analyser les effets de chaque nouvel indicateur. La modification de loi adoptée le 21 mars 2014 (RO 2014 3345) prévoit à l'art. 17a, al. 2, LAMal que « tout indicateur supplémentaire fait l'objet d'une analyse d'efficacité ». Ainsi, la disposition sur l'analyse des effets, qui n'avait jamais été modifiée jusqu'ici, est actualisée et divisée en deux alinéas. L'al. 1 prévoit comme auparavant que l'OFSP procède à une étude scientifique en parallèle. Désormais, elle doit notamment étudier les effets de la compensation des risques sur les incitations à pratiquer la sélection des risques, sur la sous-compensation ou la surcompensation de groupes de risque donnés et sur les primes des assureurs.

Al. 2

Les 3^e et 4^e phrases de la disposition actuelle forment l'al. 2. Elles sont reprises telles quelles.

Comme d'accoutumée, les études scientifiques et les résultats de ces analyses des effets seront publiés, en règle générale sur le site internet de l'OFSP.

Section 10 Dispositions finales

Art. 30 Abrogation d'un autre acte

La présente ordonnance remplace l'ordonnance précédente du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR ; RS 832.112.1). L'ordonnance précédente peut donc être abrogée.

Art. 31 Modification d'un autre acte

L'OAMal est modifiée comme suit :

Art. 22 Contentieux

Al. 1

L'OCor 2017 contient à l'art. 15 une disposition sur la procédure et les voies de droit qui est reprise à l'art. 27 de la présente ordonnance. Il faut donc adapter le renvoi à cette disposition fait à l'art. 22 al. 1.

Al. 3

Il faut adapter la liste figurant à l'art. 22, al. 3. A la let. a, le renvoi doit être adapté, car la redistribution des réserves est désormais réglée à l'art. 43, al. 3, LSAMal. La let. b énumère toujours les contributions des assureurs au fonds d'insolvabilité, qui figurent dorénavant à l'art. 48, let. a, LSAMal. Les versements issus du fonds d'insolvabilité, énumérés auparavant à la let. b, figurent désormais à la let. c, qui renvoie à l'art. 51, al. 1, LSAMal. L'excédent des recettes qui résulte du réexamen de l'économicité des médicaments de la liste des spécialités et que les entreprises pharmaceutiques rembourseront à l'Institution commune LAMal ne sera plus reversé aux assureurs mais fait partie, conformément à l'art. 48, let. c, LSAMal, du financement du fonds d'insolvabilité. C'est pourquoi cette disposition est supprimée.

Art. 28 Données des assureurs

Al. 1, phrase introductive

L'abréviation de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie est déjà insérée à l'art. 22.

Art. 37e Commission fédérale des médicaments

La CFM conseillera à l'avenir le département lorsque l'admission d'un médicament dans la LS pour la première fois ou pour une indication supplémentaire nécessitera une adaptation de la liste des PCG. On pourra ainsi tirer parti des synergies, et les médicaments admis dans la LS pour la première fois ou pour une indication supplémentaire pourront, le cas échéant, être attribués par le DFI à un PCG dès la prochaine mise à jour de la liste des PCG. La composition paritaire de la CFM garantit en outre une large assise à ses recommandations, ce qui peut aussi être utile aux décisions du DFI. Il faut donc ajouter cette nouvelle tâche à celles énumérées à l'art. 37e, al. 1.

Art. 32 Dispositions transitoires

Al. 1

L'al. 1 des dispositions transitoires de la révision précise que la livraison des données par les assureurs à l'Institution commune LAMal en 2020 pour la compensation des risques de 2019 et le calcul de la compensation des risques de 2019 est régie par l'ancien droit. En revanche, la livraison des données par les assureurs en 2021 pour la compensation des risques de 2020 est régie par le nouveau droit.

Al. 2 et 3

Se fonder exclusivement sur le code GTIN pourrait poser des problèmes dans la phase initiale. Le code GTIN est déjà connu ; mais il n'est toutefois pas encore établi. C'est pourquoi, jusqu'en 2023, les assureurs doivent pouvoir livrer à l'Institution commune LAMal, pour les livraisons de données prévues à l'art. 6, le pharmacode en tant qu'alternative au code GTIN.

Le pharmacode figurera pour chaque médicament, en plus du code GTIN, sur les listes de PCG déterminantes pour le calcul de la compensation des risques de 2020 à 2022.

Art. 33 Entrée en vigueur

Il s'agit de la révision la plus importante de l'OCor qui a été faite jusqu'à présent. Que ce soit au niveau des données à collecter (données individuelles) ou en rapport avec le calcul de la compensation des risques (calcul de régression à deux niveaux). L'Institution commune LAMal récoltera pour la première fois les données des assurés qui changent d'assureurs, et les assureurs devront prendre en compte les effets de la nouvelle compensation des risques dans la détermination de leurs primes. Il est donc essentiel d'aménager une phase de test et de procéder à un essai. Ainsi, il est prévu que la nouvelle ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Il est néanmoins indispensable que les assureurs recueillent déjà en 2018 et 2019 les données qui devront être livrées en 2020 à l'Institution commune LAMal pour la compensation des risques de 2020.

Ils recevront des instructions à ce propos en temps utile. Ils ont déjà pris connaissance des dispositions proposées par le Conseil fédéral lors de l'audition qui a eu lieu début 2016. Après son adoption par le Conseil fédéral, la nouvelle ordonnance sera publiée sur le site Internet de l'OFSP. Il restera ainsi suffisamment de temps aux assureurs pour lancer les démarches nécessaires à la collecte des données conformément aux dispositions de la présente ordonnance.

« OCoR 2017 »

Art. 1 Etendue de la compensation des risques

¹ La compensation des risques s'applique à l'assurance obligatoire des soins, y compris aux formes particulières d'assurance visées aux art. 41, al. 4, et 62 de la LAMal.

² L'ensemble des assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins doit livrer les données nécessaires à la compensation des risques.

Art. 2 Risque élevé de maladie

Le risque élevé de maladie est défini par les indicateurs de morbidité suivants:

- a. âge;
- b. sexe;
- c. coût des médicaments au cours de l'année précédente;
- d. séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente.

Art. 2a Age

Les assurés sont répartis en groupes d'âge selon leur année de naissance. Les groupes d'âge sont les suivants:

- a. les assurés âgés de 19 à 25 ans;
- b. les assurés âgés de 26 à 90 ans, répartis en groupes de cinq ans;
- c. les assurés âgés de 91 ans et plus.

Art. 2b Coût des médicaments au cours de l'année précédente

¹ L'indicateur «coût des médicaments au cours de l'année précédente» prend en compte les prestations brutes (prestations nettes plus participations aux coûts) de l'année précédente pour les médicaments dont le coût est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, pour autant que ces prestations dépassent 5000 francs et que les médicaments ne soient pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal.

² La date de remise des médicaments est déterminante pour l'attribution des prestations brutes à l'année civile.

Art. 2c Séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente

¹ L'indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente» prend en compte les séjours d'au moins trois nuits consécutives dans un des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux suivants, pour autant que des prestations relatives au séjour aient été prises en charge par l'assurance obligatoire des soins:

- a. un hôpital ou un établissement médico-social figurant sur la liste visée à l'art. 39 LAMal;
- b. un hôpital qui a conclu une convention au sens de l'art. 49a, al. 4, LAMal.

² Les séjours en cas de maternité au sens de l'art. 29, al. 2, let. b, LAMal ne sont pas pris en compte.

³ La date de traitement est déterminante pour l'attribution du séjour à une année civile. Si le séjour se poursuit au-delà d'une année civile, les règles suivantes s'appliquent:

- a. un séjour de trois à cinq nuits qui se poursuit au-delà d'une année civile est décompté dans l'année durant laquelle le plus grand nombre de nuits a été effectué; si deux nuits ont été effectuées chaque année, le séjour est décompté dans l'année d'admission;
- b. si le séjour dure plus de cinq nuits, la durée du séjour est décomptée jusqu'à la fin de l'année civile; la suite du séjour est décomptée dans la nouvelle année.

Art. 2d Répartition des assurés en groupes de risque

¹ Les assurés qui présentent un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «coût des médicaments au cours de l'année précédente» sont répartis dans les deux groupes de risque suivants:

- a. premier groupe: assurés présentant un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente»;
- b. deuxième groupe: assurés ne présentant pas de risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente».

² Les assurés qui ne présentent pas de risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «coût des médicaments au cours de l'année précédente» sont répartis en groupes de risque en fonction des indicateurs «âge», «sexe» et «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente».

Art. 3 Prestations nettes

¹ Pour le calcul de la compensation des risques, la part des coûts des prestations courantes à la charge de l'assurance obligatoire des soins payée par les assureurs est établie par canton pour tous leurs assurés du canton (prestations nettes).

² La date du traitement est déterminante pour l'attribution des prestations nettes à une année civile.

³ Pour éviter des écarts importants lors d'une comparaison régionale, ou sur une période déterminée, de l'évolution de la moyenne des prestations nettes, le Département fédéral de l'intérieur (département) peut procéder à un lissage qui se fonde sur des principes statistiques reconnus.

Art. 4 Effectifs des assurés

¹ Est déterminant pour calculer les effectifs des assurés d'un assureur le nombre de leurs mois d'assurance.

² ...

^{2bis} Ne sont pas pris en considération dans les effectifs visés à l'al. 1:

- a. les personnes résidant à l'étranger et assurées sur une base contractuelle conformément aux art. 7a et 132, al. 3, OAMal;
- b. les assurés visés à l'art. 1, al. 2, let. d et e, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal);
- c. les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger sans autorisation de séjour qui résident en Suisse et qui bénéficient de l'aide sociale;
- d. les assurés visés aux art. 4 et 5 OAMal, pour autant qu'ils ne s'acquittent pas d'une prime pour les assurés domiciliés en Suisse;
- e. les assurés qui sont soumis à l'assurance-maladie suisse en vertu de l'Accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans ;
- f. les assurés de moins de 18 ans.

³ ...

Art. 5

Art. 6 Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation

¹ Durant l'année de compensation, la moyenne des prestations nettes dans les différents groupes de risque (moyenne de groupe) est calculée pour tous les assureurs pour 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- dernière année civile précédant l'année de compensation et les prestations brutes pour les médicaments, pour la répartition des assurés en groupes de risque;
- b. les effectifs d'assurés dans les différents groupes de risque durant l'année civile précédant l'année de compensation;
- c. les prestations nettes de chaque assureur dans chaque groupe de risque durant l'année civile précédant l'année de compensation.

² Durant l'année qui suit l'année de compensation, le calcul sert à établir le total des prestations nettes attendues dans les différents groupes de risque pour l'année de compensation. Sont déterminants pour le calcul:

- a. les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'année civile précédant l'année de compensation et les prestations brutes pour les médicaments, pour la répartition des assurés en groupes de risque;
- b. les effectifs d'assurés dans les différents groupes de risque durant l'année de compensation;
- c. les moyennes de groupe de l'année civile précédant l'année de compensation, calculées conformément à l'al. 1.

³ La moyenne attendue des prestations nettes de tous les assureurs de tous les groupes de risque (moyenne générale) est établie par assuré dans le canton pour l'année de compensation sur la base du total des prestations nettes attendues dans les différents groupes de risque au sens de l'al. 2.

⁴ Les assureurs paient, pour tous les assurés d'un groupe de risque dont la moyenne au sens de l'al. 1 se situe au-dessous de la moyenne générale au sens de l'al. 3, une redevance de risque qui correspond à la différence entre la moyenne du groupe et la moyenne générale.

⁵ Les assureurs reçoivent, pour tous les assurés d'un groupe de risque dont la moyenne au sens de l'al. 1 se situe au-dessus de la moyenne générale au sens de l'al. 3, une contribution de compensation qui correspond à la différence entre la moyenne du groupe et la moyenne générale.

⁶ Les assureurs auxquels l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale a été retirée au cours des deux dernières années précédant l'année de compensation ne versent aucune redevance de risque et ne reçoivent aucune contribution de compensation pour l'année de compensation. Leurs données ne sont pas prises en compte dans le calcul visé à l'al. 1. Les données des assureurs qui ont été dissous et dont la fortune et l'effectif d'assurés ont été transférés par convention à un autre assureur au sens de l'art. 11 LAMal sont cependant prises en compte dans le calcul visé à l'al. 1.

Art. 6a Exceptions pour le calcul

¹ Seuls les indicateurs «âge» et «sexe» sont pris en compte pour les personnes qui étaient assurées jusqu'à la fin de l'année auprès d'un autre assureur durant l'année civile déterminante pour le calcul du coût des médicaments et des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social. Ces personnes sont réparties dans les groupes «assurés ne présentant pas de risque élevé de maladie sur la base du séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente» prévus à l'art. 2d, al. 2.

² Outre les indicateurs «âge» et «sexe», le coût des médicaments délivrés entre la date du changement d'assureur et la fin de l'année civile déterminante qui est décompté par le nouvel assureur et les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social effectués durant la même période qui sont décomptés par le nouvel assureur sont pris en compte pour les personnes qui ont changé d'assureur durant l'année civile déterminante pour le calcul du coût des médicaments et des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social. Les assurés sont répartis dans les différents groupes de risque prévus à l'art. 2d. Le coût des médicaments et les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social qui ont été décomptés par l'assureur précédent ne sont pas communiqués au nouvel assureur.

Art. 6b Comptes de régularisation pour la compensation des risques

Les assureurs sont tenus de prévoir chaque année les postes de régularisation nécessaires pour les redevances de risque à venir et les contributions de compensation à venir. A cette fin, ils prennent en compte les facteurs suivants, notamment:

- a. les changements d'effectifs dans les groupes de risque;
- b. les variations des prestations nettes;
- c. la redevance de risque qu'ils ont payée et la contribution de compensation qu'ils ont obtenue.

Art. 7 Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques

¹ ...

² L'institution commune détermine le montant des redevances de risque et des contributions de compensation. Elle communique à chaque assureur le solde qui le concerne et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) les documents relatifs aux calculs ainsi que le solde par assureur, par canton et pour toute la Suisse.

³ Elle établit pour chaque remise des données des assureurs une statistique des assurés et des prestations nettes de l'assurance obligatoire des soins dans les groupes de risque par canton et la met à disposition de la Confédération, des cantons, des assureurs et de leurs associations. Les frais occasionnés par l'établissement de cette statistique sont à la charge de l'institution commune. La statistique peut également être remise à d'autres milieux intéressés.

⁴ L'institution commune établit un rapport annuel sur la gestion de la compensation des risques.

⁵ Le contenu du rapport et de la statistique est déterminé conjointement par l'institution commune et l'OFSP. L'institution commune publie chaque année les deux documents.

Art. 8 Analyse des effets

L'OFSP procède, avec les milieux spécialisés de l'assurance-maladie, à une étude scientifique. Doivent notamment être étudiés les effets de la compensation des risques sur l'évolution des coûts auprès de chaque assureur et sur le droit des assurés de changer d'assureur. L'OFSP fixe les modalités techniques de l'étude. Il peut recourir à un institut scientifique pour les travaux de recherche et l'évaluation des résultats de l'étude.

Art. 9 Frais d'administration

¹ Les assureurs supportent les frais d'administration liés à la compensation des risques proportionnellement au nombre de leurs affiliés à l'assurance obligatoire des soins.

² Sont notamment réputés frais d'administration liés à la compensation des risques:

- a. les frais d'administration incombant à l'institution commune pour l'exécution de la compensation des risques;
- b. les coûts pour la révision des décomptes et du trafic des paiements dans la compensation des risques;
- c. les coûts des enquêtes effectuées auprès d'un échantillon d'assureurs conformément à l'art. 11, al. 2.

Art. 10 Remise des données

¹ Les assureurs remettent leurs données concernant les effectifs d'assurés, les prestations brutes et les participations aux coûts en suivant les directives de l'institution commune; ils les ventilent par canton, groupe d'assurés et année civile.

² Les données doivent être transmises à l'institution commune jusqu'à fin avril de l'année de compensation et de celle qui la suit.

^{2bis} Les données doivent prendre en compte les prestations nettes décomptées jusqu'à deux mois avant le délai de remise, le coût des médicaments au cours de l'année précédente, les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social au

cours de l'année précédente et les changements dans les effectifs d'assurés qui sont survenus jusqu'à deux mois avant le délai de remise et qui concernent l'année civile déterminante pour le relevé.

³ Lorsque les assureurs annoncent une erreur dans la remise des données plus de 30 jours après la communication du solde selon l'art. 7, al. 2, l'institution commune peut refuser de recalculer la compensation des risques.

⁴ Le recalcul de la compensation des risques est exclu si l'annonce est faite plus de 2 ans après l'expiration du délai prévu à l'al. 3.

Art. 11 Contrôle des données

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

^{1bis} L'OFSP peut édicter des directives concernant les vérifications que les organes de révision doivent entreprendre.

² L'institution commune vérifie, avec le concours des organes de révision qu'elle a désignés pour cette tâche, l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies selon l'art. 10 au moyen d'enquêtes effectuées auprès d'un échantillon d'assureurs.

³ Les assureurs supportent eux-mêmes les coûts que leur occasionnent les enquêtes auprès d'un échantillon d'assureurs.

Art. 12 Délais de paiement

¹ Pour la compensation des risques de chaque année de compensation, doivent être versés:

- a. un acompte;
- b. un versement qui résulte du calcul défini à l'art. 6, déduction faite de l'acompte versé (paiement final).

² L'acompte s'élève à la moitié de la redevance de risque ou de la contribution de compensation calculée pour l'avant-dernière année précédant l'année de compensation. Il doit être versé:

- a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à la compensation des risques: jusqu'au 15 février de l'année de compensation;
- b. pour les contributions de compensation versées aux assureurs par la compensation des risques: jusqu'au 15 mars de l'année de compensation.

³ Le paiement final doit être effectué:

- a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à la compensation des risques: jusqu'au 15 août de l'année qui suit l'année de compensation;
- b. pour les contributions de compensation versées aux assureurs par la compensation des risques: jusqu'au 15 septembre de l'année qui suit l'année de compensation.

⁴ Les paiements dus aux assureurs doivent être effectués par l'institution commune même si les assureurs n'ont pas tous effectué leurs paiements en faveur de la compensation des risques. Si des paiements n'ont pas été effectués à la date d'échéance, l'institution commune peut procéder aux paiements en se fondant sur les redevances de risque versées. Les contributions de compensation dues doivent être versées après réception de celles-ci et augmentées de l'intérêt moratoire prévu à l'al. 6.

⁵ La compensation des créances et des dettes des assureurs entre les compensations des risques de différentes années, de même qu'entre acomptes et paiements finals, n'est pas autorisée. N'est pas non plus autorisée la compensation des créances et des dettes entre différents assureurs. Est réservée la compensation des créances et des dettes entre différents assureurs en cas de fusion ultérieure de ceux-ci.

⁶ Un intérêt est perçu sur la différence entre l'acompte versé et le montant calculé conformément à l'art. 6. Les intérêts sont calculés en fonction des délais de versement des acomptes et des paiements finals, et en fonction des montants effectivement versés ou perçus. L'institution commune fixe le taux d'intérêt d'après les taux usuels du marché. Elle verse et elle reçoit les intérêts jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.

⁷ Les assureurs qui ne s'acquittent pas à temps des montants dus doivent verser à l'institution commune un intérêt moratoire au taux annuel de 6 %.

Art. 12a Remise de données incorrectes

¹ Même après avoir refusé de recalculer la compensation des risques visée à l'art. 10, al. 3 et 4, l'institution commune peut facturer aux assureurs qui lui ont fourni des données incorrectes à leur avantage un montant correspondant à l'avantage retiré. Ce montant sera réparti entre les autres assureurs au prorata de leur participation (redevances et contributions) à la compensation des risques correspondante.

² Les prétentions des assureurs qui ont fourni des données incorrectes à leur désavantage s'éteignent avec le refus de recalculer selon l'art. 10, al. 3 et 4.

³ Si les montants prévus à l'al. 1 sont des montants bagatelles, l'institution commune peut les verser en même temps que les intérêts selon l'art. 13a.

Art. 13 Fonds

¹ L'institution commune approvisionne un fonds, qui peut atteindre un montant maximal de 500 000 francs, avec les intérêts qui s'accumulent en raison de l'écart des délais prévus entre le versement et la perception des acomptes et les paiements finaux. Elle utilise les capitaux de ce fonds pour verser l'intégralité des contributions de compensation à l'échéance en cas de retard de paiement d'un montant de peu d'importance.

² Elle édicte un règlement du fonds, qui règle notamment l'utilisation des capitaux. Le règlement doit être soumis à l'approbation du DFI.

Art. 13a Produit des intérêts

Les intérêts qui s'accumulent dépassant le montant de 500 000 francs sont versés aux assureurs. Le montant des intérêts rémunérateurs est déterminé sur la base du volume de la participation de l'assureur à la compensation des risques de l'année précédente. L'institution commune verse les revenus d'intérêts de l'année précédente chaque année jusqu'à fin septembre au plus tard.

Art. 14 Protection des données

¹ L'institution commune est tenue, sauf à l'égard de l'OFSP et de ses propres organes de révision, de garder le secret sur les données qui permettent de déceler l'identité de l'assureur. Les tiers chargés de traiter les données sont également tenus de garder le secret sur celles-ci.

² Les données réunies ne doivent être utilisées que pour procéder à la compensation des risques et pour établir la statistique.

Art. 15 Procédure et voies de droit

¹ En cas de litige sur l'exécution de la compensation des risques entre un assureur et l'institution commune, celle-ci rend une décision au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative.

² ...

Art. 16 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre

¹ L'institution commune peut facturer aux assureurs qui manquent à leur obligation de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'ils doivent, ou qui fournissent des données incorrectes, les frais supplémentaires qui en résultent.

² L'OFSP peut proposer au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à un assureur qui, après sommation de l'OFSP, ne participe pas à la compensation des risques. Il en va de même lorsque, après sommation de l'institution commune, l'assureur viole de manière répétée l'obligation qui lui est faite de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'il doit à l'institution commune.

Art. 17 Dispositions finales

¹ L'ordonnance IX du 31 août 1992 sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques entre les caisses-maladie (ordonnance IX) est abrogée.

² et ³ ...

⁴ La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 1996.

⁵⁻⁷

....

Disposition transitoire de la modification du 15 octobre 2014

¹ La remise des données par les assureurs à l'institution commune en 2017 pour la compensation des risques de 2016 et le calcul de la compensation des risques de 2016 est régie par l'ancien droit.

² En 2017, les assureurs doivent être en mesure de remettre à l'institution commune les données relatives à 2015 et 2016 pour la compensation des risques, et en 2018 les données relatives à 2016 et 2017, conformément à la modification du 15 octobre 2014 de la présente ordonnance.