

Ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)

Modifications prévues au 1^{er} janvier 2012 et au 1^{er} janvier 2010 pour l'al. 2 des dispositions transitoires

Commentaire et teneur des modifications

Berne, le 27 août 2009

Table des matières

1	Introduction	3
2	Dispositions.....	3
2.1	Etendue de la compensation des risques (art. 1)	3
2.2	Groupes de risques (art. 2)	3
2.3	Prise en compte du risque de maladie élevé (art. 2a)	4
2.4	Coûts moyens (art. 3)	6
2.5	Différences moyennes de risque (art. 5).....	6
2.6	Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation (art. 6).....	6
2.7	Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques (art. 7)	8
2.8	Remise des données (art. 10)	8
2.9	Dispositions finales (art. 17)	8
2.10	Dispositions transitoires et entrée en vigueur.....	8

1 Introduction

Le 21 décembre 2007, le Parlement a décidé que la compensation des risques s'effectuera sur la base d'une nouvelle formule dès 2012. Jusqu'à présent, les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs devaient verser une contribution à l'Institution commune LAMal en faveur des assureurs dont la structure de risques est élevée ; cette contribution devait compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risque déterminants. Selon la formule de compensation révisée, le risque de maladie élevé est désormais également pris en considération, en plus de l'âge et du sexe. Pour établir ce nouveau critère dans la compensation des risques, le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente est déterminant.

L'approbation de la révision de la loi imposait une adaptation de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR, RS 832.112.1).

2 Dispositions

2.1 Etendue de la compensation des risques (art. 1)

L'art. 1 ne subit aucune modification matérielle. Dans la mesure où la nouvelle compensation des risques n'est plus réglée à partir du 1^{er} janvier 2012 à l'art. 105 de la loi mais dans les dispositions transitoires, l'art. 1 de l'ordonnance doit être adapté.

2.2 Groupes de risques (art. 2)

Pour le calcul de la compensation des risques, les assurés sont répartis en groupes de risques. Conformément à la révision légale approuvée et ce, en vue de renforcer la prise en compte du risque de maladie, le critère suivant a été introduit : le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente. Cette modification implique que les groupes d'âge, qui n'étaient jusque-là subdivisés qu'en fonction du sexe, le sont désormais aussi selon ce nouveau critère pour former les groupes de risques. Ceux-ci sont donc constitués en fonction des critères suivants :

- l'âge ;
- le sexe ;
- l'existence d'un séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente.

Le nombre de groupes de risques par canton doublera en raison de l'introduction du nouveau critère de compensation. Un accroissement du nombre des groupes de risques de 30 (actuellement) à 60 augmente également le danger d'erreurs de transmission par les assureurs. Une réduction du nombre des groupes d'âge et, partant, des groupes de risques a d'abord été prise en considération et pourtant rejetée par la suite car une estimation de la compensation des risques révisée a montré que les effets de la compensation des risques seraient diminués en cas de réduction du nombre des groupes d'âge par rapport à la situation antérieure.

2.3 Prise en compte du risque de maladie élevé (art. 2a)

Les alinéas suivants précisent le nouveau critère de compensation, le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente :

L'al. 1 prévoit qu'en cas de séjour dans un hôpital, il doit s'agir d'un traitement hospitalier au sens de l'art. 3 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP, RS 832.104). Le séjour dans un établissement médico-social doit être un traitement de longue durée au sens de l'art. 6 OCP.

La suite définit la notion « de plus de trois jours ». La durée du séjour est fixée sur la base du nombre de nuits consécutives passées dans un hôpital ou un établissement médico-social. C'est-à-dire des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social qui ont duré au moins trois nuits sont pris en compte.

L'al. 2 renvoie à la définition des hôpitaux et des établissements médico-sociaux à l'art. 39 de la loi. Seuls les établissements suisses sont pris en compte, car il n'existe aucune définition légale pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux à l'étranger. Si l'on voulait prendre en compte ces derniers, il faudrait théoriquement établir pour chaque Etat une liste de l'ensemble des hôpitaux et des établissements médico-sociaux reconnus et, naturellement, la tenir à jour en permanence. Or, la majorité des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social pris en charge par les assureurs-maladie suisses par le biais de l'assurance obligatoire des soins (AOS) concerne des traitements dispensés dans notre pays. La plupart des traitements effectués à l'étranger le sont dans des Etats de l'UE et de l'AELE et sont pris en charge en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE resp. l'accord révisé avec l'AELE, dans le cadre de l'entraide en matière de prestations. En l'espèce, la facture du prestataire est adressée à une institution d'entraide qui, à son tour, facture la prestation à l'organisme de liaison du pays concerné sous la forme d'un formulaire standard. Celui-ci transmet le formulaire à l'organisme de liaison en Suisse, l'Institution commune LAMal, qui l'envoie alors aux assureurs-maladie. Les formulaires E 125 et E 127 ne comportent que peu d'indications sur la nature du traitement. Dans les cas notamment où les coûts de traitement sont facturés à l'assureur-maladie suisse au moyen du formulaire E 127 sous la forme de forfaits mensuels, produits indépendamment d'une prestation fournie, l'assureur ne reçoit aucune indication concernant les prestataires ayant soigné l'assuré. Même lorsque les frais effectifs liés au traitement d'un assuré suisse dans l'espace communautaire resp. de l'AELE sont facturés au moyen du formulaire E 125, il est difficile de déterminer avec certitude si l'assuré a effectué un séjour hospitalier dans une institution au sens de l'art. 39 LAMal. En outre, certains organismes de liaison de l'UE resp. de l'AELE ne transmettent leurs factures à l'Institution commune LAMal que 5 à 10 ans après la prestation. Aussi ces données ne pourraient-elles de toute façon plus être prises en compte, car le délai de remise des données visé à l'art. 10 serait échu depuis bien longtemps. Pour ces raisons, la présente révision de la compensation des risques renonce à prendre en compte les séjours dans des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux à l'étranger. Cette décision va certes à l'encontre de l'intention du législateur, car les personnes qui ont effectué un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social à l'étranger présentent en règle générale un risque de maladie plus élevé l'année suivante. Mais le nombre comparativement faible de séjours hospitaliers à l'étranger ne justifie ni le surcroît de travail administratif ni le flou juridique. La part que représente l'entraide en matière de prestations pour les assurés suisses par rapport à l'ensemble des prestations prises en charge par l'AOS, aussi bien stationnaires qu'ambulatoires, avoisine les 0,2 %. De ce point de vue, il peut se justifier de ne pas prendre en compte ces séjours. La réglementation proposée ne comporte aucune discrimination entre les assureurs. Vu que, dans la plupart des cas, l'entraide en matière de prestations concerne des personnes effectuant des séjours temporaires, à savoir les touristes suisses, aucune discrimination ne devrait se produire entre les assureurs.

L'al. 2 ajoute que le nouveau régime de compensation des risques ne tient compte que des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social ayant eu lieu l'année précédente pour lesquels des prestations de l'AOS ont été accordées. Lorsqu'une personne a effectué un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social et que celui-ci a été pris en charge par une autre assurance, elle pré-

sente aussi en règle générale un risque de maladie plus élevé l'année suivante. Dans la majorité des cas, les coûts consécutifs devraient toutefois incomber à l'autre assurance.

L'al. 3 indique que des séjours en raison de la maternité selon l'art. 29, al. 2, let. b, de la loi ne sont pas pris en compte comme critère de risque de maladie élevé.

Pour déterminer si un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social a eu lieu l'année précédente, il faut savoir quelle est la date déterminante pour l'attribution de ce séjour à une année civile. Le texte de loi indique que la date effective du traitement est déterminante. C'est ainsi la date du traitement qui est déterminante et non la date de la facture. L'al. 4 précise en outre que lorsqu'un séjour se poursuit au-delà d'une année civile, sa durée est calculée jusqu'à la fin de cette année. Sa prolongation dans la nouvelle année est comptée dans cette dernière. Un séjour de 3 à 5 nuits qui se poursuit au-delà d'une année civile est compté dans l'année pour laquelle le plus grand nombre de nuits ont été effectuées ; si deux nuits ont été effectuées lors de chaque année, le séjour est compté dans l'année d'admission. L'attribution des séjours aux années civiles est illustrée à l'aide des exemples suivants :

Date d'entrée	Date de sortie	Année civile dans laquelle le séjour est pris en compte	Raison
2 juillet 2010	8 juillet 2010	2010	Le traitement s'effectue complètement en 2010.
25 décembre 2010	2 janvier 2011	2010	Le traitement se poursuit au-delà d'une année civile, mais le séjour ne peut être pris en compte qu'en 2010, car ce n'est que là qu'il a duré trois nuits au minimum.
31 décembre 2010	6 janvier 2011	2011	Le traitement se poursuit au-delà d'une année civile, mais le séjour ne peut être pris en compte qu'en 2011, car ce n'est que là qu'il a duré trois nuits au minimum.
30 décembre 2010	3 janvier 2011	2010	Un séjour d'une durée de 4 nuits qui se poursuit au-delà d'une année civile et qui compte deux nuits dans chacune des deux années est pris en considération dans l'année d'admission.
22 décembre 2010	6 janvier 2011	2010 et 2011	Le traitement se poursuit au-delà d'une année civile. Le séjour peut être pris en compte en 2010 et en 2011, car la durée minimale de trois nuits est respectée pour les deux années.
14 juin 2005	L'assuré reste pris en charge dans l'établissement	dès 2010	Les assurés qui sont pris en charge dans un établissement médico-social sur une longue durée sont reclassés chaque année dans le groupe des assurés ayant effectué un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente, pour autant que le séjour ait effectivement duré plus de trois nuits dans l'année correspondante.

2.4 Coûts moyens (art. 3)

L'al. 1, let. b ne connaît pas de modification sur le fond. Par contre, l'art. 2 précise désormais que les groupes de risques sont formés en fonction de l'âge, du sexe et du critère du risque de maladie élevé. Partant, l'art. 3, dévolu aux coûts moyens par groupe de risques, peut renoncer à spécifier que les moyennes par groupe sont calculées en fonction du sexe.

Jusqu'ici, c'étaient les petits effectifs d'assurés dans certains groupes de risques qui posaient problème, en particulier les assurés des groupes d'âge les plus élevés dans les petits cantons. L'introduction d'un critère supplémentaire, à savoir le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente, devrait déplacer le problème aux groupes d'âge plus jeunes également. En effet, le groupe de risques des hommes de 18 à 25 ans remplissant ce nouveau critère comprendra un nombre restreint d'assurés dans les petits cantons. Ce fait s'explique par le taux d'hospitalisations bien plus faible chez les jeunes assurés que chez ceux d'un certain âge. Dans les petits groupes de risques, les cas de maladie onéreux ont notamment de plus fortes répercussions, aussi des écarts importants de l'évolution des coûts moyens sont-ils plus vraisemblables. C'est pourquoi l'al. 3 crée la base permettant au Département fédéral de l'intérieur (DFI) de procéder à un lissage qui se fonde sur des principes statistiques reconnus pour calculer les moyennes de groupe déterminantes, en cas de recrudescence d'écarts importants, lors d'une comparaison diachronique ou régionale, des montants de redevance et de contribution pour chaque groupe de risques. Ce faisant, il est nécessaire de déterminer les cas où ce procédé s'applique. Par la suite, l'Institution commune LAMal pourrait le mettre en œuvre en toute indépendance. L'application correcte du procédé de lissage par l'institution commune LAMal – en particulier les questions du moment et de la manière de l'application du procédé – sera contrôlée par l'autorité de surveillance. L'art. 3, al. 3, OCoR actuellement en vigueur comporte déjà une disposition similaire, mais elle n'a encore jamais été appliquée. La nouvelle réglementation prévoit que le DFI est responsable et non plus l'OFSP. De plus, il est renoncé à déterminer les moyennes de groupe au cas par cas, sur mandat de l'Institution commune LAMal. En effet, les délais en vigueur dans la compensation des risques sont trop courts pour faire appel au DFI en vue de calculer les coûts moyens déterminants. Lorsqu'un procédé de lissage est défini, l'Institution commune LAMal doit examiner si les conditions d'application sont remplies et, dans l'affirmative, elle doit y recourir.

2.5 Différences moyennes de risque (art. 5)

Par souci d'harmonisation terminologique, la notion de « coûts moyens » à l'al. 1 est remplacée par « moyenne ».

Dans les al. 1 et 2, la précision « répartis par sexe » est supprimée. Cf. le commentaire de l'art. 2 OCoR, qui comporte une définition du terme de « groupe de risques », qui comprend aussi une répartition en fonction du sexe.

2.6 Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation (art. 6)

Comme jusqu'à présent, le procédé comporte deux étapes : d'une part, la compensation provisoire des risques, qui est calculée durant l'année de compensation, et, d'autre part, la compensation définitive des risques, qui s'effectue au cours de l'année qui suit l'année de compensation.

La compensation provisoire des risques est décrite à l'al. 1. Sont déterminantes :

- les données qui doivent être relevées durant l'avant-dernière année précédant la compensation :
 - les séjours de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social.
Cette donnée est nécessaire pour la formation des groupes de risques.
- les données qui doivent être relevées durant l'année civile précédant la compensation :
 - les effectifs d'assurés dans chaque groupe de risques ;
 - les différences moyennes de risque.

L'al. 1^{bis} précise que les coûts déterminants sont fixés sur la base de la date du traitement.

L'al. 2 décrit la compensation définitive des risques. Celle-ci ainsi que les contributions de compensation sont fixées définitivement au cours de l'année qui suit l'année de compensation. Les montants de redevance et de contribution qui ont été calculés pour la compensation provisoire des risques sont pris en compte.; seuls les effectifs des groupes de risques sont relevés à nouveau. Pour ce faire, les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'année civile précédant la compensation sont déterminants. Ainsi, en vue de calculer la compensation définitive des risques, sont nécessaires :

- les données qui doivent être relevées durant l'année civile précédant la compensation :
 - les séjours de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social.
Cette donnée est nécessaire pour la formation des groupes de risques.
- les données qui doivent être relevées durant l'année de compensation :
 - les effectifs d'assurés des groupes de risques.

Enfin, l'al. 2^{bis} précise que les séjours ayant eu lieu l'année précédente sont aussi pris en compte si l'intéressé a changé d'assureur. Cette modification implique que le nouvel assureur doit demander à l'assureur précédent si le nouvel assuré a effectué un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente. Selon l'art. 84a de la loi, les assureurs ont le droit d'échanger des données si celles-ci leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que leur assigne ladite loi. Cela s'applique également à la remise correcte des données des assureurs dans le cadre de la compensation des risques. Ce procédé satisfait ainsi aux dispositions légales en matière de protection des données. Le relevé des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social par l'assureur précédent ne peut toutefois s'effectuer que lors de la remise de la confirmation d'entrée, et non dans le formulaire de demande déjà, et ce, pour deux raisons. D'une part, les assureurs ne doivent pas collecter de données médicales dans le formulaire de demande déjà, car elles pourraient servir à la sélection des risques. D'autre part, les assurés ne sont pas en mesure de répondre correctement à la question de savoir s'ils ont effectué, l'année précédente, un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au sens de la loi. Les al. 2^{ter} et 2^{quater} précisent en outre que l'assureur précédent est tenu d'annoncer à l'assureur suivant les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social de l'année précédente. De même, lorsqu'un assuré change d'assureur au cours d'une année civile, l'assureur précédent doit annoncer à l'assureur suivant les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social.

Comme les effectifs d'assurés des groupes de risques ont évolué depuis le calcul de la compensation provisoire des risques, l'équilibre entre redevances et contributions (jeu à somme nulle) n'est obtenu dans la compensation définitive des risques que par le biais d'un mécanisme correcteur. L'al. 3 en constitue la base légale. Aussi bien les assureurs qui doivent des redevances de risque que ceux qui reçoivent des contributions de compensation doivent participer à parts égales à la différence entre les redevances et les contributions calculées dans la compensation des risques. Un facteur de correction permet de calculer les redevances ou les contributions de chaque assureur.

2.7 Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques (art. 7)

L'actuelle OCoR qualifie l'Institution commune LAMal d'« institution commune », d'« organe chargé de gérer la compensation des risques » ou encore d'« organe d'exécution ». La loi précise déjà que l'Institution commune LAMal réalise la compensation des risques. Aussi n'est-il pas nécessaire de le répéter explicitement au niveau de l'ordonnance. Partant, le titre de l'art. 7 est modifié, et l'al. 1 supprimé.

L'al. 2 se rapportant à l'al. 1, la suppression de ce dernier exige de remplacer « Elle » par « L'institution commune ».

La modification de l'art. 7 permet d'harmoniser la terminologie utilisée dans l'OCoR.

2.8 Remise des données (art. 10)

L'art. 10 s'intitule désormais « Remise des données », au lieu de « Remise des données à l'organe d'exécution », titre en usage jusqu'à présent. Cette modification permet une fois de plus de garantir l'harmonisation terminologique.

La précision « par sexe » est supprimée de l'al. 1. Cf. le commentaire de l'art. 2 OCoR, qui comporte une définition du terme de « groupe de risques », qui comprend aussi une répartition en fonction du sexe.

Le nouvel al. 2^{bis} spécifie les prestations et les changements qui doivent être recensés dans le cadre de la remise des données. La pratique montre que les assureurs-maladie, dans le régime actuel de compensation des risques, choisissent des moments très différents pour effectuer l'extrait des données et les remettre à l'Institution commune LAMal. Ce faisant, les changements opérés durant la nouvelle année civile, mais concernant encore l'année précédente, ne sont pas pris en compte de la même manière. La nouvelle réglementation garantit une mise en œuvre uniformisée de la loi de la part des assureurs.

2.9 Dispositions finales (art. 17)

La validité de la modification du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et par suite également de la présente révision de l'OCoR est limitée à cinq ans à compter de son entrée en vigueur et cesse en conséquence à fin 2016. La compensation des risques 2016 doit encore être calculée conformément à la présente ordonnance modifiée. La remise des données et le calcul de la compensation définitive des risques ne s'effectuent cependant toujours que l'année suivante, ce qui signifie que la compensation définitive des risques 2016 ne sera calculée qu'en 2017. Pour cette raison, la durée de validité de l'ordonnance est prolongée jusqu'au 31 décembre 2017.

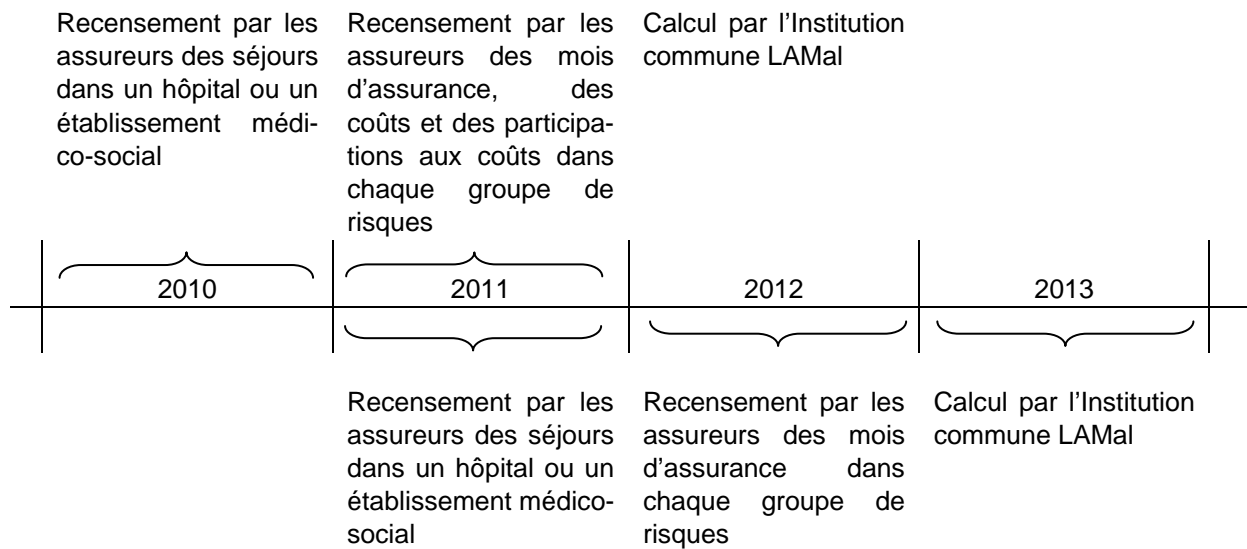
2.10 Dispositions transitoires et entrée en vigueur

L'al. 1 des dispositions transitoires de la présente révision précise qu'en 2012, la remise des données des assureurs à l'Institution commune LAMal s'effectuera aussi bien selon le droit actuel que selon le nouveau droit. La remise des données selon le droit actuel concernera la compensation définitive des risques 2011, alors que le nouveau droit régira la compensation provisoire des risques 2012. Le calcul de la compensation définitive des risques 2011, prévu pour 2012, sera encore soumis au droit actuel.

De plus, il est précisé à l'al. 2 que les assureurs doivent être en mesure de remettre à l'Institution commune LAMal les données selon le nouveau régime de compensation des risques conformément à la modification de l'ordonnance présente sur la base des données collectées en 2010 et 2011.

Cette révision d'ordonnance, à l'exception de l'al. 2 de la disposition transitoire, qui est prévu pour le 1^{er} janvier 2010 déjà, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2012. L'entrée en vigueur anticipée de cet alinéa s'explique comme suit : les assureurs-maladie doivent relever les données en 2010 déjà en vue de la compensation provisoire des risques 2012, qui sera calculée pour la première fois en 2012 selon le nouveau régime de compensation des risques. La répartition des assurés dans les différents groupes de risques s'effectuera sur la base du relevé des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social en 2010 ainsi qu'en fonction des critères de l'âge et du sexe. Pour ces groupes de risques, les assureurs doivent remettre en 2012 à l'Institution commune LAMal les mois d'assurance, les coûts et les participations aux coûts concernant 2011. Aussi est-il indispensable que les assureurs rassemblent les données nécessaires à cette fin en 2010 et 2011 déjà. Le calendrier suivant illustre le propos :

Compensation provisoire des risques 2012



Compensation définitive des risques 2012
