

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

du ...

Le Conseil fédéral suisse,

vu les art. 16, al. 4, 17, al. 3, et 17a, al. 2 et 3, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹,

arrête

Section 1 Indicateurs de morbidité

Art. 1 Indicateurs

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

- a. âge;
- b. sexe;
- c. séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social;
- d. groupes de coûts pharmaceutiques (PCG);
- e. coût des médicaments.

Art. 2 Indicateur «âge»

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.

¹ RS 832.10 (RO 2014 3345)

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

¹ Un assuré qui a séjourné au moins trois nuits consécutives dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente est réputé présenter un risque élevé de maladie.

² L'indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social» au sens de l'al. 1 prend en compte les séjours 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.

³ Les séjours en cas de maternité au sens de l'art. 29, al. 2, let. b, LAMal ne sont pas pris en compte.

⁴ 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. 4 Liste des PCG

¹ Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) édicte la liste des PCG. Un PCG regroupe les médicaments qui contiennent certains principes actifs utilisés pour traiter une pathologie donnée particulièrement coûteuse. Un principe actif ne peut être attribué qu'à un seul PCG.

² La liste indique, pour chaque PCG, les médicaments qui contiennent les principes actifs attribués à ce PCG. Pour chacun de ces médicaments, elle indique le numéro international de l'article (Global Trade Item Number, GTIN) et le nombre de doses quotidiennes standard par forme galénique et par emballage.

³ Lorsqu'un médicament contient plusieurs principes actifs, c'est le principe actif principal qui détermine l'attribution au PCG.

⁴ Lorsque plusieurs PCG renvoient à un problème de santé identique ou similaire, le DFI peut les hiérarchiser.

⁵ Le DFI est conseillé par la Commission fédérale des médicaments pour l'attribution des principes actifs et des médicaments aux PCG respectifs et pour la détermination des doses quotidiennes standard lorsqu'un médicament est admis dans la liste des spécialités pour la première fois ou pour une indication supplémentaire.

Art. 5 Indicateur «PCG»

¹ Un assuré qui a été attribué à un PCG sur la base des médicaments qui lui ont été remis au cours de l'année précédente est réputé présenter un risque élevé de maladie.

² Un assuré est attribué à un PCG lorsqu'il lui a été remis, au cours de l'année précédente, au moins le nombre minimal défini de doses quotidiennes standard de médicaments inscrits sur la liste des spécialités:

- a. qui sont attribués à ce PCG sur la liste des PCG;
- b. dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, et
- c. qui ne sont pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal.

³ Est déterminante la liste des PCG qui est en vigueur le 1^{er} mai de l'année de compensation.

⁴ La date de remise des médicaments est déterminante pour l'attribution à l'année civile.

⁵ Le DFI définit le nombre minimal de doses quotidiennes standard visé à l'al. 2.

Art. 6 Indicateur «coût des médicaments»

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

- a. qui ne figurent pas sur la liste des PCG en vigueur le 1^{er} mai de l'année de compensation;
- b. dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins;
- c. qui ne sont pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, et
- d. pour lesquels la part des coûts payée par l'assureur, participations aux coûts incluses, soit des prestations brutes, dépasse le seuil de coûts défini,

est réputé présenter un risque élevé de maladie.

² Le DFI définit le seuil de coûts.

³ La date de remise des médicaments est déterminante pour l'attribution des prestations brutes à l'année civile.

Section 2 Remise et contrôle des données

Art. 7 Remise des données

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

- a. canton de domicile;
- b. numéro AVS;

- c. année de naissance;
- d. séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social;
- e. code GTIN, nombre d'emballages et prestations brutes au titre des médicaments;
- f. nombre de mois durant lesquels l'assuré a été assuré chez lui;
- g. prestations brutes;
- h. participation aux coûts.

² Il présente les données en deux ensembles de données. Le premier ensemble contient les données pour l'année qui précède la remise, le deuxième, celles pour la dernière année avant l'année qui précède la remise des données

³ Les assureurs remettent les données pour le 30 avril au plus tard.

⁴ Sont pris en compte pour la remise des données les prestations décomptées jusqu'à deux mois avant le délai prévu à l'al. 3 ainsi que les changements dans les effectifs d'assurés qui sont survenus jusqu'à deux mois avant ce délai et qui concernent l'année civile déterminante pour le relevé.

Art. 8 Données des assureurs qui ne sont plus actifs

¹ 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 sont pas tenus de fournir des données pour la compensation des risques.

² En revanche, dans le cas où la fortune et l'effectif des assurés d'un assureur ont été transférés par convention à un autre assureur conformément aux art. 2 et 3 de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie² (LSAMal), c'est à l'assureur reprenneur de fournir les données pour la compensation des risques.

Art. 9 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.

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 conformément à l'art. 7 au moyen de contrôles effectués auprès d'un échantillon d'assureurs.

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

⁴ L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) peut édicter des directives concernant les vérifications que les organes de révision doivent entreprendre.

² RS ...

Section 3 Calcul de la compensation des risques

Art. 10 Effectifs des assurés

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

² 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, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)³;
- b. les assurés visés à l'art. 1, al. 2, let. d et e, 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 rhénans⁴;
- f. les assurés qui ont moins de 19 ans le 31 décembre de l'année considérée (enfants).

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

¹ L'institution commune rassemble les ensembles de données des assureurs. Elle veille à ce que les données de l'année précédente concernant les indicateurs de morbidité soient intégralement incluses dans le calcul, même pour les assurés qui ont changé d'assureur.

² Elle relie, par assuré, les données relatives au canton, à l'âge, au sexe, aux prestations nettes et aux mois d'assurance avec les données de l'année précédente concernant les autres indicateurs de morbidité.

Art. 12 Répartition des assurés en groupes de risque

Les assurés sont répartis en groupes de risque, par canton, selon leur âge et leur sexe, et selon la présence ou non d'un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social».

³ RS 832.102

⁴ RS 0.831.107

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

¹ L'institution commune attribue les assurés aux différents PCG sur la base des indications fournies par les assureurs concernant les médicaments remis.

² Elle détermine, en fonction des indications fournies par les assureurs concernant les médicaments remis et leur coût, les assurés qui présentent un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «coût des médicaments».

Art. 14 Calcul de la moyenne de groupe

Durant l'année de compensation, la moyenne des prestations nettes dans les différents groupes de risque est calculée pour tous les assureurs pour l'année civile précédant l'année de compensation (moyenne de groupe). 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, pour la détermination des 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.

Art. 15 Calcul des prestations nettes attendues et de la moyenne générale

¹ Durant l'année qui suit l'année de compensation, le total des prestations nettes attendues dans les différents groupes de risque est calculé 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, pour la détermination des 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'art. 14.

² La moyenne des prestations nettes de tous les assureurs dans tous les groupes de risque attendues pour l'année de compensation est établie, par assuré du canton considéré, sur la base du total des prestations nettes attendues dans les différents groupes de risque au sens de l'al. 1 (moyenne générale).

Art. 16 Suppléments pour PCG et pour coût des médicaments

¹ Les assureurs obtiennent:

- a. des suppléments pour PCG, pour leurs assurés qui présentent un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «PCG»;

- b. des suppléments pour coût des médicaments, pour leurs assurés qui présentent un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «coût des médicaments».

² Si l'assuré est attribué à plusieurs PCG soumis à une hiérarchisation, l'assureur n'obtient un supplément que pour le PCG classé le plus haut dans la hiérarchie.

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

¹ Durant l'année de compensation, les suppléments pour PCG et pour coût des médicaments sont fixés au moyen d'une méthode de régression. Cette méthode minimise la somme des coûts résiduels quadratiques de chaque assuré. Les coûts résiduels de l'assuré correspondent à la différence entre ses prestations nettes et la moyenne de groupe au sens de l'art. 14 de son groupe de risque, compte tenu des écarts par rapport à la moyenne de groupe prévisibles en raison des données relatives aux médicaments remis et leur coût.

² Sont déterminants pour le calcul des suppléments:

- a. les médicaments remis durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation, pour la répartition des assurés en PCG et pour l'établissement du risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «coût des médicaments»;
- b. les effectifs d'assurés et les prestations nettes durant l'année civile précédant l'année de compensation.

³ Les suppléments pour PCG et pour coût des médicaments ne sont pris en compte dans le calcul que si leurs valeurs sont positives.

Art. 18 Financement des suppléments pour PCG et pour coût des médicaments

Les suppléments pour PCG et pour coût des médicaments sont financés au moyen d'une adaptation du taux de redevances de risque et du taux de contributions de compensation pour les groupes de risque. Les montants sont calculés séparément pour chaque groupe de risque. Sont déterminants, pour chaque groupe de risque, le nombre d'assurés pour lesquels un supplément pour PCG ou pour coût des médicaments est accordé ainsi que le montant de ces suppléments.

Art. 19 Taux de redevances de risque et de contributions de compensation par groupe de risque

¹ Le montant visé à l'art. 18 pour le groupe de risque est divisé par le nombre d'assurés du groupe de risque concerné et déduit de la moyenne de groupe calculée conformément à l'art. 14 (moyenne de groupe modifiée).

² Les assureurs paient, pour tous les assurés d'un groupe de risque dont la moyenne de groupe modifiée se situe au-dessous de la moyenne générale au sens de l'art. 15, un taux de redevance de risque qui correspond à la différence entre les deux moyennes.

³ Les assureurs reçoivent, pour tous les assurés d'un groupe de risque dont la moyenne de groupe modifiée se situe au-dessus de la moyenne générale au sens de l'art. 15, un taux de redevance de compensation qui correspond à la différence entre les deux moyennes.

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

¹ 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 sont exclus de la compensation des risques. Ils ne paient aucune redevance de risque et ne reçoivent aucune contribution de compensation pour l'année de compensation.

² En revanche, les données des assureurs dont la fortune et l'effectif d'assurés ont été transférés par convention à un autre assureur conformément aux art. 2 et 3 LSAMal⁵ sont prises en compte dans le calcul visé aux art. 11 à 19.

Section 4 Paielements au titre de la compensation des risques

Art. 21

¹ Pour la compensation des risques de chaque année de compensation, chaque assureur paie ou reçoit:

- a. un acompte qui correspond à la moitié de la redevance de risque qu'il a payée ou de la contribution de compensation qu'il a obtenue pour la compensation des risques de l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation;
- b. un paiement final qui résulte du calcul défini à aux art. 11 à 19, déduction faite de l'acompte versé.

² L'acompte doit être payé:

- a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à l'institution commune: jusqu'au 15 février de l'année de compensation;
- b. pour les contributions de compensation que l'institution commune verse aux assureurs: 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 l'institution commune: jusqu'au 15 août de l'année qui suit l'année de compensation;
- b. pour les contributions de compensation que l'institution commune verse aux assureurs: jusqu'au 15 septembre de l'année qui suit l'année de compensation.

⁴ L'institution commune doit verser les contributions de compensation aux assureurs même si les assureurs n'ont pas tous payé leurs redevances de risque. Si des paiements

⁵ RS ...

n'ont pas été effectués à la date d'échéance, l'institution commune peut réduire proportionnellement les paiements en fonction des redevances de risque encaissées. Elle doit verser les contributions de compensation dues après réception des redevances de risque en retard et les augmenter de l'intérêt moratoire prévu à l'al. 7.

⁵ Ne sont pas autorisées:

- a. 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;
- b. la compensation des créances et des dettes entre différents assureurs, sauf en cas de fusion ultérieure de ceux-ci.

⁶ Dans le cadre du paiement de l'acompte, un intérêt est dû sur les montants versés en trop ou en moins au regard du calcul résultant des art. 11 à 19. 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. Le taux d'intérêt correspond au rendement des obligations de la Confédération, si celui-ci est positif. L'institution commune verse et réclame 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 5 %.

Section 5 Décompte de soldes et corrections

Art. 22 Décompte de soldes

¹ L'institution commune communique à chaque assureur le solde des redevances de risque et des contributions de compensation qui le concerne.

Art. 23 Corrections après remise de données incorrectes

¹ Lorsque l'assureur annonce une erreur dans la remise des données plus de 30 jours après la communication du solde conformément à l'art. 22, l'institution commune peut refuser de recalculer la compensation des risques.

² Un nouveau calcul de la compensation des risques est exclu si l'annonce est faite plus de 2 ans après l'expiration du délai prévu à l'art. 7, al. 3.

³ Même après avoir refusé de recalculer la compensation des risques en vertu des al. 1 et 2, l'institution commune peut facturer aux assureurs qui lui ont fourni des données incorrectes à leur avantage un montant correspondant à l'avantage retiré. Ce montant sera réparti entre les autres assureurs au prorata de leurs redevances de risque et contributions de compensation des années civiles correspondantes.

⁴ Les prétentions des assureurs qui ont fourni des données incorrectes à leur désavantage s'éteignent avec le refus de recalculer la compensation des risques en vertu des al. 1 et 2.

⁵ Si les montants prévus à l'al. 3 sont des montants bagatelles, l'institution commune peut les créditer aux assureurs en même temps que les intérêts visés à l'art. 26, al. 2.

Section 6 Rapports

Art. 24

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

- a. les données recueillies auprès des assureurs conformément à l'art. 7;
- b. l'état des redevances de risque et des contributions de compensation calculées pour les assureurs, par canton et pour l'ensemble de la Suisse.

² Elle établit, pour chaque calcul de la compensation des risques, une statistique des assurés, des prestations nettes de l'assurance obligatoire des soins, des taux de redevance et de contribution dans les groupes de risque, ainsi que des suppléments pour PCG et pour coût des médicaments.

³ Elle établit un rapport annuel sur la gestion de la compensation des risques.

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

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

Section 7 Financement et exécution

Art. 25 Frais d'administration

¹ Les assureurs supportent les frais d'administration liés à la compensation des risques proportionnellement au nombre des affiliés dans leur effectif d'assurés au sens de l'art. 10.

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 contrôles effectués auprès d'un échantillon d'assureurs conformément à l'art. 9, al. 3.

Art. 26 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, ou pour payer les intérêts négatifs générés.

² Les intérêts qui s'accumulent dépassant le montant de 500 000 francs sont crédités aux assureurs au prorata de leur participation à la compensation des risques de l'année précédente.

³ L'institution commune édicte un règlement du fonds.

Art. 27 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 et les contributions de compensation à venir. A cette fin, ils prennent en compte les facteurs suivants, notamment:

- a. les changements d'effectif;
- b. les changements concernant la morbidité dans leur effectif d'assurés;
- c. les variations des prestations nettes dans l'assurance obligatoire des soins;
- d. les acomptes déjà payés ou reçus.

Section 8 Protection des données, procédure et mesures de surveillance

Art. 28 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 ne doivent être utilisées que pour procéder à la compensation des risques et pour établir la statistique.

Art. 29 Procédure et voies de droit

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 administrative⁶.

⁶ RS 172.021

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

¹ L'institution commune peut facturer à l'assureur qui ne satisfait pas à son obligation de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'il doit, ou qui fournit des données incorrectes, les frais supplémentaires qui en résultent.

² L'OFSP peut retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à l'assureur qui, malgré l'avertissement écrit de l'institution commune, manque de manière répétée à son obligation de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'il doit.

³ L'OFSP peut retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à l'assureur qui, après sommation de l'OFSP, ne participe pas à la compensation des risques.

Section 9 Analyse des effets

Art. 31

¹ L'OFSP procède à une étude scientifique en parallèle. Celle-ci examine notamment les effets de la compensation des risques:

- a. sur les incitations à pratiquer la sélection des risques;
- b. sur la sous-compensation ou la surcompensation pour des groupes donnés;
- c. sur les primes des assureurs.

² 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.

Section 10 Dispositions finales

Art. 32 Abrogation d'un autre acte

L'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie⁷ est abrogée.

Art. 33 Modification d'un autre acte

L'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie⁸ est modifiée comme suit:

⁷ RO 1995 1371, RO 1998 1841, 2001 140, 2002 925, 2004 5079, 2005 5643, 2006 4705, 2006 4739, 2007 4477, 2009 4761, 2010 6163, 2011 5291, 2013 789, 2014 3481

⁸ RS 832.102

Art. 22, al. 1

¹ En cas de litige entre l'institution commune et un assureur, l'art. 87 de la loi est applicable. L'al. 3 et l'art. 29 de l'ordonnance du ... sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie⁹ sont réservés.

Art. 37e, al. 1

¹ La Commission fédérale des médicaments conseille l'OFSP pour l'établissement de la liste des spécialités prévue par l'art. 34. Elle conseille le DFI dans l'élaboration des dispositions relevant de son domaine qui doivent être édictées en application des art. 36, al. 1, 75, 77, al. 4, et 104a, al. 4. Elle le conseille aussi pour l'attribution de principes actifs et de médicaments à un groupe de coûts pharmaceutique (PCG) de la liste prévue à l'art. 4 de l'ordonnance du ... sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie¹⁰ et pour la définition des doses quotidiennes standard lorsque des médicaments sont admis dans la liste des spécialités pour la première fois ou pour une indication supplémentaire.

Art. 34 Disposition transitoire

La remise des données par les assureurs à l'institution commune en 2019 pour la compensation des risques de 2018 et le calcul de la compensation des risques de 2018 est régie par l'ancien droit.

Art. 35 Entrée en vigueur

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

...

Au nom du Conseil fédéral suisse :

La présidente de la Confédération,
La chancelière de la Confédération,

⁹ RS ...

¹⁰ RS ...