

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

Entrée en vigueur prévue le 1^{er} janvier 2019

Teneur des dispositions et commentaire

Berne, décembre 2015

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	Indicateur « coût des médicaments »	10
Art. 7	Remise des données	11
Art. 8	Données des assureurs qui ne sont plus actifs	12
Art. 9	Contrôle des données	12
Art. 10	Effectifs des assurés	12
Art. 11	Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données	13
Art. 12	Répartition des assurés en groupes de risque	13
Art. 13	Répartition en relation avec les PCG et le coût des médicaments	13
Art. 14	Calcul de la moyenne de groupe	14
Art. 15	Calcul des prestations nettes attendues et de la moyenne générale	14
Art. 16	Suppléments pour PCG et pour coût des médicaments	14
Art. 17	Fixation des suppléments pour PCG et pour coût des médicaments	15
Art. 18	Financement des suppléments pour PCG et pour coût des médicaments	15
Art. 19	Taux de redevance de risque et des contributions de compensation par groupe de risque	15
Art. 20	Prise en compte des assureurs qui ne sont plus actifs	16
Art. 21	16	
Art. 22	Décompte de soldes	16

Art. 23 Corrections après remise de données incorrectes	16
Art. 24	17
Art. 25 Frais d'administration	17
Art. 26 Fonds	17
Art. 27 Comptes de régularisation pour la compensation des risques	18
Art. 28 Protection des données	18
Art. 29 Procédure et voies de droit	18
Art. 30 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre	18
Art. 31	19
Art. 32 Abrogation d'un autre acte	19
Art. 33 Modification d'un autre acte	19
Art. 34 Disposition transitoire	19
Art. 35 Entrée en vigueur	19
Annexe	21

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 (RS 832.10 ; LAMal) 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 entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

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.

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 (aux Pays-Bas, par exemple). 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 sont modifiés, une révision totale s'impose, conformément aux directives de technique législative de la Confédération. L'ordonnance en vigueur doit être abrogée et remplacée par la présente ordonnance ; celle-ci s'appliquera pour la première fois à la compensation des risques de 2019, mais les assureurs recueilleront les données requises conformément aux dispositions de la nouvelle ordonnance à partir du 1^{er} janvier 2017.

2 Grandes lignes de l'ordonnance

L'ordonnance se compose de dix sections. La première comprend six dispositions relatives aux indicateurs de morbidité. La section 2 règle la remise 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 aux décomptes de soldes et aux corrections. La section 6 contient une disposition relative aux rapports. La section 7 est formée de trois dispositions concernant le financement et l'exécution. 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. Certains articles sont repris de l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR), adaptés au besoin, et structurés différemment.

Les principales nouveautés sont les suivantes :

- l'indicateur de morbidité supplémentaire « PCG », qui complète à l'art. 1 la liste des indicateurs de morbidité actuels, et qui est décrit à l'art. 5 :
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 attribués à un PCG dans la liste des PCG sont regroupés dans le 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 de chaque PCG doit être fixé dans une ordonnance départementale que le DFI entend prendre au printemps 2017 (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 indique, pour chaque PCG, 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 département 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 ;
- l'indicateur « coût des médicaments » modifié, décrit à l'art. 6 :
Il se peut que des assurés souffrant de maladies peu fréquentes, mais qui génèrent des coûts élevés pour l'AOS, se fassent remettre des médicaments qui ne sont attribués à aucun PCG. Afin d'alléger en plus les assureurs pour les assurés en question et d'agir contre la sélection des risques, il est judicieux de conserver un indicateur « coût des médicaments », modifié, en guise de « bassin collecteur » pour les cas très coûteux. Ne seront pris en compte pour l'attribution de ces assurés à cet indicateur que les coûts des médicaments de la LS qui ne sont attribués à aucun PCG, et le seuil de coûts, fixé par le DFI dans l'ordonnance départementale, ne serait plus

de 5000 francs mais nettement supérieur. Pour les assurés présentant cet indicateur, les assureurs seront déchargés spécialement au moyen d'un supplément pour coût des médicaments ;

- un calcul en partie nouveau de la compensation des risques, décrit aux art. 10 à 20 :
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. Ils devront fournir les données individuelles de leurs assurés sous une forme pseudonymisée, alors qu'ils remettent actuellement des données regroupées. Outre les indications concernant 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 fournir des indications relatives aux médicaments remis à leurs assurés au cours de l'année précédente, notamment le code GTIN (Global Trade Item Number) et les coûts. Le regroupement des données relatives aux médicaments en PCG et la vérification de la réalisation des conditions de l'indicateur « coût des médicaments » se feront auprès de l'institution commune LAMaI, 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 2019. 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 l'âge (let. a), le sexe (let. b) et le séjour dans un hôpital ou un EMS (let. c), autrement dit les indicateurs en vigueur depuis le plus longtemps. Suit, à la let. d, le nouvel indicateur « PCG ». L'énumération se termine avec l'indicateur « coût des médicaments » à la let. e. Cet indicateur préexistant est toujours valable sous une forme modifiée avec un seuil de coûts supérieur.

Le fait que les indicateurs « séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social » et « coût des médicaments » ne soient plus assortis du complément « au cours de l'année précédente » n'apporte aucun changement matériel. Il s'agit seulement d'éviter que la désignation de ces deux indicateurs 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, 5 et 6).

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 tel quel. 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.

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. 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 encore avant la publication de la liste, car entre-temps divers nouveaux médicaments auront été admis dans la LS. Le DFI prévoit de confier un mandat de mise à jour à des experts externes début 2016. Une audition relative au projet d'ordonnance du DFI et de liste des PCG est prévue pour l'automne/l'hiver 2016 et l'ordonnance du DFI avec la liste des PCG en annexe devrait être édictée au printemps 2017. Les assureurs devront saisir les données relatives à la compensation des risques conformément à la nouvelle ordonnance dès janvier 2017. 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 indications que la liste des PCG doit fournir : 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 existe donc au moment de l'admission du produit dans la LS et il sera accessible aux assureurs ; et, contrairement au code pharmaceutique, il ne s'agit pas d'une offre privée. 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, car toutes les maladies ne peuvent pas être distinguées clairement l'une de l'autre, le système de classification étant parfois flou. Il n'est donc 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 plus lourd des deux. 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 critères pour le 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 déjà à de telles hiérarchisations dans la première liste 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 standard 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. 33).

Art. 5 Indicateur « PCG »

Cette disposition est nouvelle.

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'assuré est attribué 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 inscrits sur la LS qui sont attribués à ce PCG dans la liste des PCG ;
- que les coûts de ces médicaments sont pris en charge par l'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. 16, al. 2).

Al. 3

L'Institution commune LAMal n'appliquera qu'une liste des PCG par compensation des risques ; il s'agit de la liste en vigueur le 1^{er} mai de l'année de compensation. La liste des PCG pourra ainsi tenir compte le plus tôt possible 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. Attendu que l'ordonnance du DFI, avec la liste des PCG en annexe, sera adoptée au printemps 2017, on doit partir de l'idée qu'elle sera révisée pour la première fois avant le 1^{er} mai 2019.

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 au printemps 2017. La prise en compte du nombre minimal de DDD permet de n'attribuer à des PCG que des assurés qui suivent un traitement de longue durée.

Art. 6 Indicateur « coût des médicaments »

Dans l'OCOR 2017, l'indicateur « coût des médicaments » est réglé à l'art. 2b.

A l'origine, on supposait que l'inclusion de l'indicateur PCG permettrait de retirer de la compensation des risques l'indicateur « coût des médicaments » introduit pour la solution transitoire. Mais il est possible que des assurés atteints de maladies peu courantes ne soient attribués à aucun PCG bien qu'ils génèrent des coûts élevés à la charge de l'AOS et qu'ils puissent ainsi représenter une lourde charge pour leur assureur. Afin d'éviter de tels cas et d'agir contre la sélection des risques, il est judicieux de conserver un indicateur « coût des médicaments » modifié comme une sorte de « bassin collecteur » pour les cas très coûteux. Ne seront pris en compte pour l'attribution des assurés à cet indicateur que les coûts des médicaments de la LS qui ne sont attribués à aucun PCG, et le seuil de coûts ne serait plus comme aujourd'hui de 5000 francs de prestations nettes au titre des médicaments, mais à un niveau nettement plus élevé.

Al. 1

L'al. 1 énumère les conditions qui doivent être remplies pour qu'un assuré présente cet indicateur. L'assuré est réputé présenter un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « coût des médicaments » lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- l'assuré s'est fait remettre au cours de l'année précédente des médicaments inscrits sur la LS qui ne figurent pas sur la liste des PCG en vigueur au 1^{er} mai de l'année de compensation ;
- les coûts de ces médicaments sont pris en charge par l'AOS ;
- ces médicaments ne sont pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, et
- les prestations brutes dépassent le seuil de coûts défini.

L'assureur obtient pour les assurés de cette catégorie un supplément pour coût des médicaments à titre d'indemnisation supplémentaire.

Le maintien d'un indicateur « coût des médicaments » modifié peut aussi se justifier par le fait qu'une partie de la liste des PCG sera en retard sur la pratique de prescription. Elle sera adaptée chaque année, alors que la LS est mise à jour plus fréquemment. Entre le moment où un médicament susceptible d'être attribué à un PCG est admis dans la LS et celui où il figurera sur la liste des PCG, il se passera toujours plusieurs mois. Si, au moment de l'attribution des assurés à un PCG, le médicament ne figure pas encore sur la liste des PCG, les coûts de médicaments générés pourront être pris en compte par l'indicateur « coût des médicaments » modifié.

Al. 2

Le DFI définit vraisemblablement au printemps 2017 dans son ordonnance le seuil de coûts des prestations brutes au titre des médicaments inscrits sur la LS qui ne figurent pas dans la liste des PCG. Il est prévu que ce seuil soit nettement plus élevé qu'aujourd'hui.

Al. 3

Il est précisé que pour l'attribution des prestations brutes au titre des médicaments à une année civile, c'est la date de remise des médicaments qui est déterminante.

Section 2 Remise et contrôle des données

Art. 7 Remise des données

La remise 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. 10 à 20 de la section 3 « Calcul de la compensation des risques » –, les assureurs doivent désormais fournir 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, les données sont remises sous forme pseudonymisée. L'assureur fournit, par assuré, les indications suivantes :

- canton de domicile ;
- numéro AVS ;
- année de naissance ;
- séjour en hôpital ou en EMS ;
- code GTIN, nombre d'emballages et prestations brutes au titre des médicaments ;
- nombre de mois durant lesquels l'assuré a été assuré chez lui ;
- prestations brutes ;
- participation aux coûts.

Les assureurs doivent donc 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 et avec indication des coûts correspondants. L'attribution des assurés à un PCG et à l'indicateur « coût des médicaments » sur la base des données relatives aux médicaments est du ressort de l'Institution commune LAMal (cf. art. 12).

Comme actuellement, l'Institution commune LAMal précise dans son guide les ensembles de données à fournir, ainsi que la manière de procéder pour la remise des données.

Al. 2

A chaque remise de données, les assureurs fournissent deux ensembles de données. Le premier comprend les données énumérées ci-dessus pour l'année précédant la remise, le second, pour l'avant-dernière année précédant la remise. 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 remise 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 remise des données. Les modifications survenues après cette extraction ne doivent pas être prises en compte dans les données fournies.

Art. 8 Données des assureurs qui ne sont plus actifs

Cette disposition est nouvelle.

Al. 1

Etant donné que les assureurs à qui l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale au cours des deux années précédant l'année de compensation sont exclus de la compensation des risques, ils n'ont pas à fournir de données pour celle-ci. Cette pratique est désormais inscrite dans l'ordonnance.

Al. 2

En revanche, les données des assureurs dont la fortune et l'effectif d'assurés ont été transférés par convention à un autre assureur sont, comme aujourd'hui, prises en compte dans le calcul (cf. art. 20, al. 2, et art. 6, al. 6, de l'OCoR 2017). L'al. 2 précise explicitement que, dans ces cas, c'est à l'assureur qui reprend la caisse de fournir les données. Matériellement, rien ne change.

Art. 9 Contrôle des données

L'art. 9 est repris de l'art. 11 de l'OCoR 2017.

Seuls sont adaptés l'ordre des alinéas ainsi qu'un renvoi (dans l'al. 2) à une autre disposition de l'OCoR.

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.

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 et pour coût des médicaments 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 ou s'il présente l'indicateur « coût des médicaments ». 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 ni de l'indicateur « coût des médicaments » – 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 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. 10 Effectifs des assurés

L'art. 10 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. La disposition est simplement formulée de façon plus précise qu'aujourd'hui.

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. 11 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données

Les assureurs devront, ce qui est nouveau, fournir à l'Institution commune LAMal des données individuelles, pseudonymisées, concernant tous leurs assurés. 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 fournis 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, attribuées à un PCG ou présentant des coûts des médicaments élevés 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 indications 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. 12 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 ou du coût des médicaments remis.

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

Al. 1

Les assureurs remettent à l'Institution commune LAMal, pour chaque assuré, les indications concernant les médicaments de la LS remis. Tous les médicaments remis sont indiqués séparément, par assuré, avec leur code GTIN. L'al. 1 précise que l'Institution commune LAMal attribue les assurés à un PCG donné sur la base des indications fournies par les assureurs. Pour ce faire, elle vérifie d'abord si des médicaments figurant sur la liste des PCG déterminante ont été remis aux assurés et, ensuite, si le nombre minimal de DDD fixé par le DFI a été atteint. Si l'assuré, sur la base des médicaments remis, est attribué à plusieurs PCG, l'Institution commune LAMal vérifie si ceux-ci sont hiérarchisés, auquel cas seul le PCG placé le plus haut est déterminant pour le calcul.

Al. 2

L'institution commune LAMal examine également si les assurés présentent l'indicateur « coût des médicaments ». L'al. 2 prévoit qu'elle détermine, sur la base des indications fournies par les assureurs pour chaque assuré concernant les médicaments de la LS remis, si le seuil de coûts défini dans l'ordonnance du DFI a été atteint et si, de ce fait, l'assuré présente l'indicateur en question.

Art. 14 Calcul de la moyenne de groupe

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 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.

Art. 15 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 durant 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. 16 Suppléments pour PCG et pour coût des médicaments

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 ou qui présentent l'indicateur « coût des médicaments ». 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 ces deux indicateurs. Les assureurs sont donc indemnisés spécialement pour le risque supplémentaire que représentent les assurés en question.

Si un assuré est attribué à plusieurs PCG et que ces PCG ne sont pas hiérarchisés, l'assureur obtient des suppléments pour tous ces PCG. Cela garantit que l'assureur est indemnisé de façon équitable pour ses assurés présentant des pathologies multiples.

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.

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

Al. 1

L'al. 1 décrit la manière dont sont fixés les suppléments pour PCG et pour coût des médicaments au sens de l'art. 16. 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. 14 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 et au coût de ceux-ci. Le calcul des suppléments a lieu durant l'année de compensation, sur la base des prestations nettes de l'année précédente et des indicateurs PCG et « coût des médicaments » de l'avant-dernière année précédant l'année de compensation.

Al. 2

L'al. 2 précise les indications 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 et pour l'établissement du risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « coût des médicaments » ;
- 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 et pour coût des médicaments 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 les indicateurs PCG ou « coût des médicaments » soient inférieurs à ceux payés pour les assurés du même groupe de risque qui ne présentent pas ces indicateurs.

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

L'art. 18 règle le financement des suppléments au sens de l'art. 17. 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. 19 Taux de redevance de risque et des 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. 14, moins le montant moyen servant à financer les suppléments, défini à l'art. 18, 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 redevance ; 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 contribution ; autrement dit, l'assureur obtient de la compensation des risques un montant pour chaque assuré du groupe de risque.

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

L'art. 20 correspond matériellement à l'art. 6, al. 6, de l'OCOR 2017. De plus, la disposition est divisée en deux alinéas.

Al. 1

La disposition est complétée en ceci que ces assureurs sont exclus de la compensation des risques.

Al. 2

L'al. 2 maintient la pratique actuelle pour les assureurs qui ont été repris par un autre assureur lors d'une fusion. Il n'amène pas de changement matériel.

Section 4 Paiements au titre de la compensation des risques

Art. 21

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.

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 et corrections

Art. 22 Décompte de soldes

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.

Art. 23 Corrections après remise de données incorrectes

L'art. 23 correspond matériellement 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 n'ont connu aucun changement matériel.

Al. 3 à 5

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 d'ordre linguistique a été apportée.

Section 6 Rapports

Art. 24

Cet article reprend l'art. 7 de l'OCOR 2017 et l'adapte partiellement.

Al. 1

L'ordonnance indique maintenant clairement quelles données l'Institution commune LAMal remet chaque année à l'OFSP. Il s'agit des mêmes données que dans la pratique actuelle.

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 correspondant à la nouvelle définition, ainsi que les suppléments pour PCG et pour coût des médicaments.

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 et exécution

Art. 25 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 l'effectif d'assurés dans la compensation des risques est déterminant. 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. 26 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

Comme aujourd'hui, les intérêts accumulés du fonds qui dépassent le montant de 500 000 francs sont crédités aux assureurs. La somme remboursée aux assureurs est fonction du volume de leur participation à la compensation des risques de l'année précédente. Ce qui est nouveau, c'est que l'Institution commune LAMal est libre de compenser le crédit avec les versements dus. Cela lui permet de réduire ses frais administratifs.

Al. 3

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

Art. 27 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 postes 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 postes de régularisation.

Section 8 Protection des données, procédure et mesures de surveillance

Art. 28 Protection des données

L'art. 14 de l'OCOR 2017 est repris tel quel.

Il est simplement apporté une amélioration d'ordre linguistique.

Art. 29 Procédure et voies de droit

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

Art. 30 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 remettre les données nécessaires et de payer ce qu'il doit les frais supplémentaires qui en résultent. S'il manque de manière répétée à cette obligation, l'OFSP peut lui retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale. Il peut également la retirer à un assureur qui ne participe pas à la compensation des risques. Dans le droit actuel, l'OFSP ne peut que proposer le retrait de cette autorisation. Désormais (conséquence de la LSAMal), il pourra le décider. Il s'agit là du seul changement matériel apporté à cette disposition. Pour le reste, celle-ci est restructurée et améliorée sur le plan linguistique.

Section 9 Analyse des effets

Art. 31

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

Al. 1

L'al. 1 énumère les thèmes de l'analyse des effets. Les nouveaux thèmes définis sont 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. Cette liste n'est pas exhaustive.

Al. 2

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

Section 10 Dispositions finales

Art. 32 Abrogation d'un autre acte

La présente ordonnance remplace l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1 ; état au 1^{er} janvier 2017). L'ordonnance actuelle peut donc être abrogée.

Art. 33 Modification d'un autre acte

L'OAMal est modifiée comme suit :

Art. 22 Contentieux

L'OCoR 2017 contient à l'art. 15 une disposition sur la procédure et les voies de droit qui est reprise à l'art. 29 de la présente ordonnance. Il faut donc adapter le renvoi à cette disposition fait à l'al. 1.

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. 34 Disposition transitoire

La disposition transitoire de la révision précise que la remise des données par les assureurs à l'Institution commune LAMal 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. En revanche, la remise des données par les assureurs en 2019 pour la compensation des risques de 2019 est régie par le nouveau droit.

Art. 35 Entrée en vigueur

Il est prévu que la nouvelle ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Il est néanmoins indispensable que les assureurs recueillent déjà en 2017 et 2018 les données qui devront être remises en 2019 à l'Institution commune LAMal pour la compensation des risques de 2019. 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 à l'automne 2015. Après son adoption

par le Conseil fédéral, la nouvelle ordonnance dans sa version définitive 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.