

# Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR<sup>1</sup>)

du 12 avril 1995 (Etat le 1<sup>er</sup> janvier 2017)

---

*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)<sup>2,3</sup>

*arrête:*

## **Art. 1** Etendue de la compensation des risques

<sup>1</sup> 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<sup>4,5</sup>

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

## **Art. 2<sup>6</sup>** 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.

RO 1995 1371

<sup>1</sup> Abréviation introduite par le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO 1998 1841).

<sup>2</sup> RS 832.10

<sup>3</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

<sup>4</sup> Nouvelle expression selon le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 789).

<sup>5</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4761).

<sup>6</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

**Art. 2a<sup>7</sup>** 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<sup>8</sup>** Coût des médicaments au cours de l'année précédente

<sup>1</sup> 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.

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

**Art. 2c<sup>9</sup>** Séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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;

<sup>7</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009 (RO **2009** 4761). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>8</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>9</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

- 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<sup>10</sup>** Répartition des assurés en groupes de risque

<sup>1</sup> 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».

<sup>2</sup> 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<sup>11</sup>** Prestations nettes

<sup>1</sup> 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).

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

<sup>3</sup> 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 (DFI<sup>12</sup>) peut procéder à un lissage qui se fonde sur des principes statistiques reconnus.

**Art. 4** Effectifs des assurés

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

<sup>2</sup> ...<sup>13</sup>

<sup>2bis</sup> Ne sont pas pris en considération dans les effectifs visés à l'al. 1:

<sup>10</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>11</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO **2013** 789).

<sup>12</sup> Nouvelle expression selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481). Il a été tenu compte de cette mod. dans tout le texte.

<sup>13</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 2 nov. 2011, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO **2011** 5291).

- a. les personnes résidant à l'étranger et assurées sur une base contractuelle conformément aux art. 7a et 132, al. 3, OAMal;
  - b.<sup>14</sup> 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)<sup>15</sup>;
  - c.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup> 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<sup>19</sup>;
  - f.<sup>20</sup> les assurés de moins de 18 ans.<sup>21</sup>
- 3 ...<sup>22</sup>

#### Art. 5<sup>23</sup>

#### Art. 6<sup>24</sup> Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation

<sup>1</sup> 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.<sup>25</sup> les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation et les prestations

<sup>14</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 nov. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2011 5291).

<sup>15</sup> RS 832.102

<sup>16</sup> Introduite par le ch. I 6 de l'O du 8 nov. 2006 sur la mod. d'O liée à l'entrée en vigueur partielle des mod. du 16 déc. 2005 de la loi sur l'asile, de la LF sur l'assurance-maladie et de la LF sur l'assurance-vieillesse et survivants, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 4739)

<sup>17</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 nov. 2011 (RO 2011 5291). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 789).

<sup>18</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 nov. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2011 5291).

<sup>19</sup> RS 0.831.107

<sup>20</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

<sup>21</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 15 juin 1998 (RO 1998 1841). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juil. 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002 (RO 2002 925).

<sup>22</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 789).

<sup>23</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 789).

<sup>24</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 789).

<sup>25</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

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.

<sup>2</sup> 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.<sup>26</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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<sup>27</sup> LAMal sont cependant prises en compte dans le calcul visé à l'al. 1.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

<sup>27</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016: art. 2 et 3 de la loi du 16 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (RS 832.12).

<sup>28</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2015 (RO 2014 3481).

**Art. 6a<sup>29</sup>** Exceptions pour le calcul

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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<sup>30</sup>** 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<sup>31</sup>

<sup>1</sup> ...<sup>32</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>33</sup>

<sup>29</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 15 juin 1998 (RO 1998 1841). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

<sup>30</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 27 fév. 2013 (RO 2013 789). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

<sup>31</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4761).

<sup>32</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 26 août 2009, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4761).

<sup>33</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2009 4761).

<sup>3</sup> 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.<sup>34</sup>

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

<sup>5</sup> Le contenu du rapport et de la statistique est déterminé conjointement par l'institution commune et l'OFSP<sup>35</sup>. 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**<sup>36</sup> Frais d'administration

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>37</sup>

<sup>34</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 789).

<sup>35</sup> La désignation de l'unité administrative a été adaptée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RS 170.512.1). Il a été tenu compte de cette mod. dans tout le texte.

<sup>36</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2004 5079).

<sup>37</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2010 6163).

**Art. 10** Remise des données<sup>38</sup>

<sup>1</sup> 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.<sup>39</sup>

<sup>2</sup> Les données doivent être transmises à l'institution commune jusqu'à fin avril de l'année de compensation et de celle qui la suit.<sup>40</sup>

<sup>2bis</sup> 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.<sup>41</sup>

<sup>3</sup> 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.<sup>42</sup>

<sup>4</sup> 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.<sup>43</sup>

**Art. 11**<sup>44</sup> Contrôle des données

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

<sup>1bis</sup> L'OFSP peut édicter des directives concernant les vérifications que les organes de révision doivent entreprendre.<sup>45</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>46</sup>

<sup>38</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2009** 4761).

<sup>39</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>40</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO **1998** 1841).

<sup>41</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009 (RO **2009** 4761). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>42</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2001** 140).

<sup>43</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO **2005** 5643).

<sup>44</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO **1998** 1841).

<sup>45</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO **2013** 789).

<sup>46</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2010** 6163).



<sup>3</sup> Les assureurs supportent eux-mêmes les coûts que leur occasionnent les enquêtes auprès d'un échantillon d'assureurs.<sup>47</sup>

**Art. 12<sup>48</sup>** Délais de paiement

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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

<sup>47</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2010 6163).

<sup>48</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 27 fév. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 789).

usuels du marché. Elle verse et elle reçoit les intérêts jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.

<sup>7</sup> 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<sup>49</sup>** Remise de données incorrectes<sup>50</sup>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.<sup>51</sup>

#### **Art. 13<sup>52</sup>** Fonds

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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<sup>53</sup>** 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.

<sup>49</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2005 5643).

<sup>50</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2010 6163).

<sup>51</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2010 6163).

<sup>52</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2014 3481).

<sup>53</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO 1998 1841).

**Art. 14** Protection des données

<sup>1</sup> 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.<sup>54</sup>

<sup>2</sup> 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

<sup>1</sup> 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<sup>55</sup>.

<sup>2</sup> ...<sup>56</sup>

**Art. 16** Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre<sup>57</sup>

<sup>1</sup> 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.<sup>58</sup>

<sup>2</sup> L'OFSP peut proposer au DFI 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

<sup>1</sup> L'ordonnance IX du 31 août 1992<sup>59</sup> sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques entre les caisses-maladie (ordonnance IX) est abrogée.

<sup>2</sup> et <sup>3</sup> ...<sup>60</sup>

<sup>54</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2010** 6163).

<sup>55</sup> RS **172.021**

<sup>56</sup> Abrogé par le ch. II 96 de l'O du 8 nov. 2006 portant adaptation d'O du CF à la révision totale de la procédure fédérale, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 4705).

<sup>57</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2010** 6163).

<sup>58</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO **2010** 6163).

<sup>59</sup> [RO **1992** 1738, **1993** 2013]

<sup>60</sup> Abrogés par le ch. IV 52 de l'O du 22 août 2007 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO **2007** 4477).

<sup>4</sup> La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996<sup>61, 62</sup>

<sup>5</sup> ...<sup>63</sup>

<sup>6</sup> ...<sup>64</sup>

<sup>7</sup> ...<sup>65</sup>

### **Disposition finale de la modification du 15 juin 1998<sup>66</sup>**

### **Disposition finale de la modification du 3 décembre 2004<sup>67</sup>**

### **Disposition finale de la modification du 9 novembre 2005<sup>68</sup>**

La présente modification s'applique à la compensation définitive des risques à partir de l'année 2004.

### **Disposition transitoire de la modification du 26 août 2009<sup>69</sup>**

<sup>1</sup> En 2012, la remise des données des assureurs à l'institution commune s'effectue, pour la compensation définitive des risques 2011, selon le droit actuel. Le calcul de la compensation définitive des risques 2011 est régi par le droit actuel.

<sup>2</sup> Dès 2012, les assureurs doivent être en mesure de remettre à l'institution commune les données pour 2010 et 2011 selon le nouveau régime de compensation des risques conformément à la modification de l'ordonnance du 26 août 2009.

<sup>61</sup> La durée de validité limitée de l'ordonnance (RO **1995** 1371, **2005** 5643, **2010** 6163, **2009** 4761) a été abrogée par la mod. du 15 oct. 2014, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>62</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>63</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005 (RO **2005** 5643). Abrogé par le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>64</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010 (RO **2010** 6163). Abrogé par le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>65</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009 (RO **2009** 4761). Abrogé par le ch. I de l'O du 15 oct. 2014, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2014** 3481).

<sup>66</sup> RO **1998** 1841. Abrogée par le ch. IV 52 de l'O du 22 août 2007 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO **2007** 4477).

<sup>67</sup> RO **2004** 5079. Abrogée par le ch. IV 52 de l'O du 22 août 2007 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO **2007** 4477).

<sup>68</sup> RO **2005** 5643

<sup>69</sup> RO **2009** 4761. En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 pour l'al. 1 et depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2010 pour l'al. 2.

**Disposition transitoire de la modification du 2 novembre 2011<sup>70</sup>**

La remise des données des assureurs à l'institution commune en 2013, pour la compensation définitive des risques 2012 et le calcul de la compensation définitive des risques 2012 sont régis par l'ancien droit.

**Disposition transitoire de la modification du 27 février 2013<sup>71</sup>**

La compensation définitive des risques pour l'année 2013 est régie par l'ancien droit. L'acompte à verser en 2014 et en 2015 pour la compensation des risques s'élève en 2014 à 50 % de la compensation définitive des risques pour l'année 2012 et en 2015 à 50 % de la compensation définitive des risques pour l'année 2013.

**Disposition transitoire de la modification du 15 octobre 2014<sup>72</sup>**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

70 RO 2011 5291

71 RO 2013 789

72 RO 2014 3481

