

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

Modification du 15 octobre 2014

*Le Conseil fédéral suisse
arrête:*

I

L'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie¹ est modifiée comme suit:

Remplacement d'une expression

Dans tout l'acte, «département» est remplacé par «DFI».

Préambule

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)²,

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.

¹ RS 832.112.1

² RS 832.10

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, al. 3

Ne concerne que les textes allemand et italien.

Art. 4, al. 2^{bis}, let. f

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

- f. les assurés de moins de 18 ans.

Art. 6, al. 1, let. a, let. a, et 6

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;

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;

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. 10, al. 1 et 2^{bis}

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^{bis}} 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.

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 DFL.

Art. 17, al. 4 à 7

⁴ La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 1996³.

⁵ à ⁷ *Abrogés*

II

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.

III

¹ La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sous réserve de l'al. 2.

² L'art. 6, al. 6, et le ch. II, al. 2, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

15 octobre 2014

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Didier Burkhalter
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

³ 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^{er} janvier 2017 (RO 2014 3481).

