

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

Modification du ...

*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:

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. coûts de 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 Âge

L'attribution aux groupes d'âge s'effectue d'après l'année de naissance des assurés. Les groupes d'âge sont répartis de la manière suivante:

- a. les assurés âgés de 18 à 25 ans;
- b. les assurés âgés de 26 à 90 ans, répartis par groupes de cinq ans;
- c. les assurés âgés de 91 ans et plus.

¹ RS 832.112.1

² RS 832.10

Art. 2b Coûts de médicaments au cours de l'année précédente

¹ L'indicateur «coûts de 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 les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, pour autant qu'elles dépassent 5000 francs et que les médicaments ne soient pas compris dans un forfait.

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 dans un établissement médico-social au cours de l'année précédente» prend en compte les séjours d'au moins trois nuits consécutives dans l'un des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux suivants pour autant que les prestations relatives au séjour en question 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 selon l'art. 29, al. 2, let. b, LAMal ne sont pas pris en compte.

³ Pour l'attribution du séjour à une année civile, la date de traitement est déterminante. 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 compté dans l'année pour laquelle le plus grand nombre de nuits ont été effectuées; si deux nuits ont été effectuées lors de chaque année, le séjour est compté dans l'année d'admission;
- b. si le séjour dure plus de cinq nuits, la durée du séjour est comptée jusqu'à la fin de l'année civile; sa prolongation dans la nouvelle année est comptée dans cette dernière.

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 «coûts de médicaments au cours de l'année précédente» sont répartis dans les deux groupes de risque suivants:

- a. 1^{er} 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. 2^e 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 «coûts de médicaments au cours de l'année précédente» sont répartis en

Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR) RO 2014 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. 6, al. 1, let. a, al. 2, let. a et al. 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 prestations brutes pour des médicaments et les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation, 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 prestations brutes pour des médicaments et les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'année civile précédant l'année de compensation, pour la répartition des assurés en groupes de risque;

⁶ Les données des assureurs auxquels l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale a été retirée au cours des deux dernières années précédant l'année de compensation ne sont pas prises en compte dans le calcul du versement visé à l'al. 2. Ces assureurs ne versent plus d'acompte pour la compensation des risques. Font exception les assureurs privés d'autorisation dont la fortune et l'effectif d'assurés ont été transmis par contrat à un autre assureur visé à l'art. 11 LAMal.

Art. 6a Exceptions pour le calcul

¹ 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 des coûts de médicaments et des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social, seuls sont pris en compte les indicateurs «âge» et «sexe». 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 Pour les personnes qui ont changé d'assureur durant l'année civile déterminante pour le calcul des coûts de médicaments et des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social, sont pris en compte, outre les indicateurs «âge» et «sexe», les coûts de médicaments délivrés entre la date du changement d'assureur et la fin de l'année civile déterminante, qui sont décomptés par le nouvel assureur, ainsi que les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social effectués durant la même période, qui sont décomptés par le nouvel assureur. Les assurés sont répartis dans les différents groupes de risque prévus à l'art. 2d. Les coûts de 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.

Les assureurs sont tenus de prévoir chaque année les postes de régularisation nécessaires pour les redevances de risque encore à payer et les contributions de compensation encore attendues. Pour ce faire, ils tiennent notamment compte:

- a. des changements d'effectif dans les groupes de risque;
- b. des variations des prestations nettes;
- c. de la redevance de risque déjà payée ou de la contribution de compensation déjà 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 par canton, groupe d'assurés et année civile en suivant les directives de l'institution commune.

^{2bis} La remise des données doit prendre en compte les prestations nettes décomptées jusqu'à deux mois avant le délai de remise, les coûts de médicaments au cours de l'année précédente et les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente, ainsi que les changements dans les effectifs d'assurés, survenus jusqu'à deux mois avant le délai de remise, qui concernent l'année civile déterminante pour la saisie des données.

Art. 13 Fonds

¹ 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, l'institution commune approuve un fonds qui peut atteindre un montant maximal de 500 000 francs. L'institution commune utilise les capitaux de ce fonds pour verser les contributions de compensation à l'échéance sans réduction en cas de retard de paiement de peu d'importance.

² L'institution commune édicte un règlement du fonds. Celui-ci règle notamment l'utilisation des capitaux. Le règlement nécessite l'approbation du département.

Art. 17, al. 4-7

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

⁵⁻⁷ *Abrogés*

II

³ La durée limitée de l'ordonnance (RO 1995 1371, 2005 5643, 2010 6163, 2009 4761) a été abrogée avec la modification du ..., en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 (RO 2014 ...).

Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR) RO 2014
Dispositions transitoires de la modification du ...

¹ La remise des données par les assureurs à l'institution commune en 2017 pour la compensation des risques 2016 et le calcul de la compensation des risques 2016 suivent le droit en vigueur.

² Pour la compensation des risques de 2017 et des années suivantes, les assureurs doivent être en mesure de fournir à l'institution commune les données des années 2015 et 2016, et ainsi de suite, conformément à la modification du ... 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 l'al. 2 du ch. II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

...

Au nom du Conseil fédéral suisse:

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