

Ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)

Entrée en vigueur des modifications prévue au 1^{er} janvier 2017, sauf pour l'art. 6, al. 6, et l'al. 2 des dispositions transitoires pour lesquels elle est prévue au 1^{er} janvier 2015.

Teneur des dispositions et commentaire

Berne, juin 2014

Table des matières

1	Contexte	3
2	Aperçu de la révision	3
3	Dispositions	4
3.1	Préambule	4
3.2	Art. 2 Risque élevé de maladie	4
3.3	Art. 2a Age	4
3.4	Art. 2b Coûts de médicaments au cours de l'année précédente	4
3.5	Art. 2c Séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente	5
3.6	Art. 2d Répartition des assurés en groupes de risque.....	5
3.7	Art. 6 Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation	6
3.8	Art. 6a Exceptions pour le calcul.....	7
3.9	Art. 6b Comptes de régularisation pour la compensation des risques	8
3.10	Art. 10 Remise des données.....	8
3.11	Art. 13 Fonds.....	9
3.12	Art. 17 Dispositions finales.....	9
3.13	Dispositions transitoires de la modification du ...	9
3.14	Entrée en vigueur	9

1 Contexte

Le 21 mars 2014, les Chambres fédérales ont ancré dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) la compensation des risques sans limitation dans le temps et ont décidé un affinement supplémentaire de la compensation des risques (FF 2014 2771). Alors que le droit actuel ne prévoit, outre l'âge et le sexe, que le critère « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente », en tant qu'indicateur d'un risque élevé de maladie, le Conseil fédéral est désormais habilité à inscrire dans l'ordonnance d'autres indicateurs de morbidité appropriés.

Les modifications de loi sont soumises au référendum facultatif.

A moyen terme, le Conseil fédéral souhaite compléter la compensation des risques par la prise en compte des groupes de coûts pharmaceutiques en tant qu'indicateur de morbidité supplémentaire. Comme la mise en place de ce nouveau critère nécessite une phase préparatoire relativement longue, une solution transitoire s'impose pour introduire au préalable un affinement de la compensation des risques conforme à la modification de loi adoptée.

Il est donc prévu de réviser l'OCOR en deux phases. La première révision, présentée ici, vise à mettre en vigueur une solution transitoire. Ce n'est qu'au terme de phases-tests qu'une seconde révision de l'OCOR entrera en vigueur avec l'ajout de l'indicateur « groupes de coûts pharmaceutiques ». Cette seconde révision s'appliquera pour la première fois à la compensation des risques 2019 ou 2020, suivant qu'il faille mener une ou deux phases-tests.

2 Aperçu de la révision

Une solution transitoire entre en vigueur avec la présente première révision de l'OCOR. Un quatrième indicateur vient s'ajouter aux facteurs déjà pris en compte dans la formule de compensation actuelle (âge, sexe et séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente) : les coûts de médicaments au cours de l'année précédente.

Pour le calcul de la compensation des risques, les assurés continueront d'être répartis en groupes de risque. On examinera désormais, pour chaque assuré, s'il remplit les conditions de l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente », autrement dit si, pour l'année précédente, les prestations brutes au titre des médicaments dépassent 5000 francs. Les assurés se trouvant dans ce cas seront mis à part et, sur la base d'un éventuel séjour à l'hôpital ou en EMS l'année précédente, répartis en deux groupes de risque. Ensuite, les assurés restants seront répartis dans d'autres groupes en fonction des trois autres indicateurs de morbidité : l'âge, le sexe et l'existence d'un séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente. Pour les assurés qui présentent un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente » ou sur la base de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente », et pour les assurés qui remplissent les conditions de ces deux indicateurs, l'assureur obtient des contributions de compensation plus élevées ou verse des redevances de risque moins élevées que pour les assurés faisant partie des groupes « sans coûts de médicaments au cours de l'année précédente » et « sans séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente ».

L'intégration du nouvel indicateur permet également de reconnaître les assurés dont les coûts sont élevés et qui n'ont pas fait de séjour hospitalier l'année précédente, et de décharger les assureurs en conséquence. L'incitation à la sélection des risques en ce qui concerne les assurés particulièrement visés peut ainsi être diminuée.

3 Dispositions

3.1 Préambule

Le Parlement a transféré la compensation des risques dans le droit ordinaire. Par conséquent, la nouvelle base légale doit figurer dans l'OCOR.

3.2 Art. 2 Risque élevé de maladie

Dans le droit en vigueur, les assurés sont déjà répartis, pour le calcul de la compensation des risques, en groupes de risque en fonction de leur âge, de leur sexe et du risque élevé de maladie qu'ils présentent, lequel est actuellement déterminé uniquement par le critère du séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente. Dans la nouvelle terminologie adoptée par le législateur, le risque élevé de maladie est défini par l'âge, le sexe et d'autres indicateurs de morbidité appropriés, que le Conseil fédéral détermine. Par la présente révision, le Conseil fédéral détermine pour une solution transitoire, comme indiqué ci-dessus, le nouvel indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente », tout en maintenant l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente ». Ainsi, le risque élevé de maladie est défini par quatre indicateurs de morbidité, qui sont détaillés dans les dispositions qui suivent. La répartition des assurés en groupes de risque (actuellement à l'art. 2, al. 1) est désormais réglée à l'art. 2d.

3.3 Art. 2a Age

Cette disposition reprend le contenu de l'actuel art. 2, al. 2. Une légère adaptation d'ordre rédactionnel et une nouvelle structure sont apportées à cette occasion.

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

Al. 1

L'al. 1 définit le nouvel indicateur de morbidité. Doivent être prises en compte les prestations brutes (prestations nettes plus participations aux coûts) de l'année précédente au titre des médicaments dont les coûts sont pris en charge par l'AOS, pour autant qu'elles dépassent 5000 francs et que ces derniers ne soient pas compris dans un forfait. Les assurés dont les prestations brutes pour médicaments ainsi définies dépassent 5000 francs pour l'année précédente remplissent les conditions de l'indicateur de morbidité « coûts de médicaments au cours de l'année précédente ».

Les frais de médicaments pris en charge par d'autres assurances, par exemple, ne sont pas considérés. En règle générale, ces assurances assument aussi dans ces cas les autres frais de traitement, de sorte que les assurés concernés ne représentent pas pour l'AOS, l'année suivante, un risque important associé à des coûts probablement élevés. Les médicaments pour lesquels des prestations de l'AOS sont fournies sont ceux admis dans la liste des spécialités (LS) et utilisés conformément à l'indication admise par Swissmedic et à la limitation autorisée par l'OFSP. Des prestations de l'AOS sont également fournies, pour autant qu'il existe une garantie spéciale de l'assureur, pour des médicaments de la LS utilisés pour une autre indication que celle autorisée par l'institut ou prévue par la limitation, selon l'art. 71a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), et pour des médicaments ne figurant pas dans la LS ou qui ne sont pas autorisés en Suisse, conformément à l'art. 71b OAMal.

Les assureurs ne disposent que des données relatives aux médicaments administrés à leurs assurés, pour autant que ces médicaments ne soient pas décomptés dans un forfait comme c'est le cas dans le domaine hospitalier, mais qu'ils fassent l'objet d'une facture séparée. Seules ces données peuvent être saisies par l'assureur de manière exploitable. Voilà pourquoi les médicaments compris dans un forfait ne sont pas pris en compte.

Le but de la révision est d'indemniser convenablement les assureurs également pour les assurés qui ont été traités principalement en ambulatoire. Comme l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente » comprend déjà les cas hospitaliers coûteux, le fait de ne prendre en compte que les prestations brutes pour médicaments qui ne sont pas remboursées par le biais d'un forfait ne pose pas de problème.

Pour fixer la valeur-seuil à un niveau adéquat, l'OFSP a effectué une enquête auprès des assureurs. Il ressort des résultats obtenus qu'une valeur-seuil de 5000 francs est judicieuse. Une part de 2,3 % des assurés adultes générerait des prestations brutes pour médicaments supérieures à 5000 francs. Il faut s'attendre à ce que cette limite soit dépassée surtout par des assurés présentant des maladies rénales, le sida (VIH), des tumeurs malignes, le diabète de type 1 ou la maladie de Parkinson. En revanche, les assurés atteints d'asthme ou de maladies cardiaques devraient, en règle générale, occasionner des prestations brutes pour médicaments inférieures à 5000 francs et donc ne pas remplir les conditions de l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente ».

Comme la valeur-seuil se situe au-dessus de la franchise la plus élevée de 2500 francs, tous les assurés occasionnant des prestations brutes pour médicaments excédant la valeur-seuil sont connus des assureurs qui appliquent le tiers garant ; ceux-ci ne perdent donc aucune indemnisation. De cette manière, il est également garanti que le mode de paiement des assureurs dans le domaine pharmaceutique n'a pas d'influence si leurs assurés présentent le nouvel indicateur.

Les résultats de l'enquête menée par l'OFSP indiquent qu'avec l'inclusion du nouvel indicateur, l'impact de la formule de compensation des risques (R^2) passera de 17 % actuellement à 28 %.

Al. 2

Afin de déterminer l'existence de prestations brutes pour médicaments au cours de l'année précédente, la répartition de celles-ci sur les années civiles doit être claire. L'al. 2 précise donc que pour cette répartition, la date de remise des médicaments est déterminante. Une disposition analogue se trouve à l'art. 2b, al. 3, pour la répartition des séjours sur les années civiles. La date de remise effective du médicament à l'assuré, qui figure sur la facture du fournisseur de prestations, sera donc déterminante. Le moment où le médicament remis est pris par le patient n'a pas d'importance.

3.5 Art. 2c Séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente

Al. 1 à 3

Seul indicateur du risque élevé de maladie dans le droit actuel, le séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente est aujourd'hui défini dans les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal (compensation des risques) et à l'art. 2a OCoR. Le Conseil fédéral, comme indiqué plus haut, maintient cet indicateur de morbidité (cf. art. 2, let. d). Moyennant une légère adaptation d'ordre rédactionnel et avec une nouvelle structure, le nouvel art. 2c reprend les al. 2 à 4 de l'art. 2a en vigueur. Le contenu de la norme reste le même.

3.6 Art. 2d Répartition des assurés en groupes de risque

L'inclusion de l'indicateur supplémentaire « coûts de médicaments au cours de l'année précédente » implique également une adaptation de la répartition des assurés dans les groupes de risque. La constitution des groupes est spécifiée dans les paragraphes suivants.

Al. 1

Désormais, les assurés ne seront plus tous classés dans un groupe selon l'âge et le sexe. Dans un premier temps, les assurés présentant un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente » seront mis à part. Dans un second temps, ces assurés seront répartis en deux groupes, le premier comprenant ceux qui présentent un risque élevé de

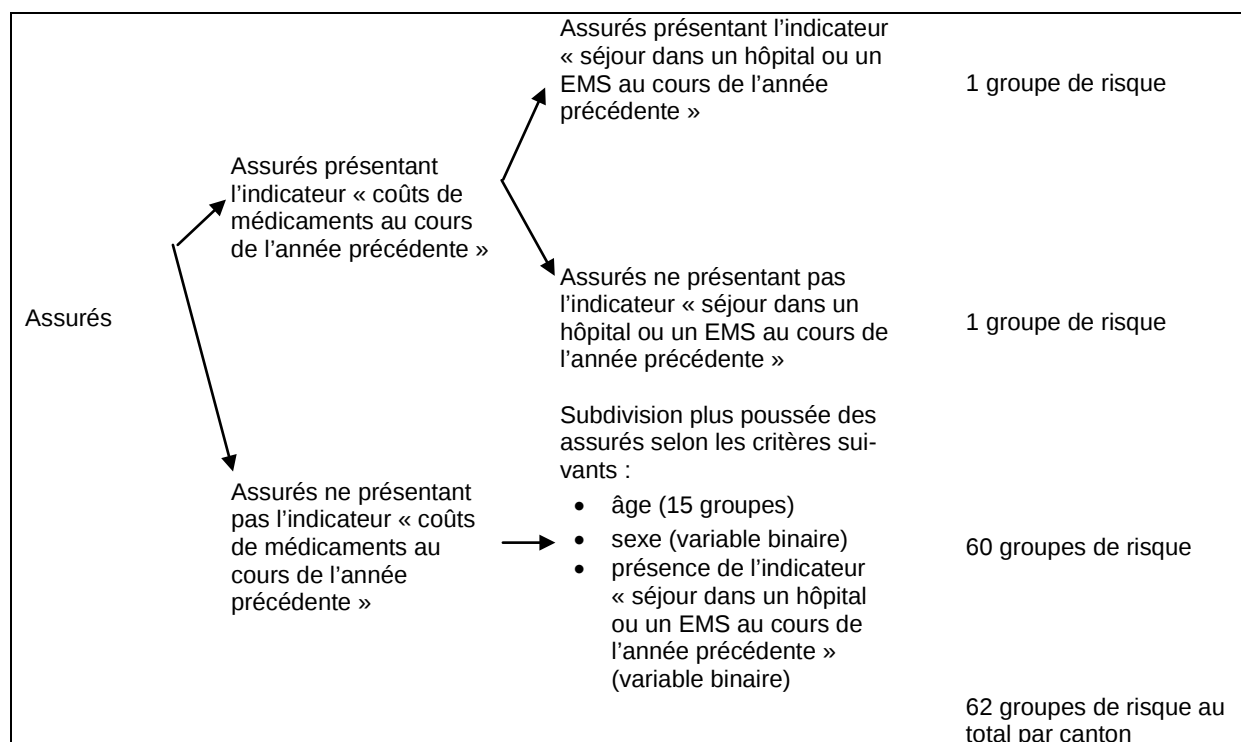
maladie sur la base de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente » (art. 2c, al. 1), le second, ceux qui ne présentent pas de risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente ». Ces deux groupes ne seront pas encore subdivisés selon l'âge et le sexe. La raison en est la suivante : les enquêtes menées par l'OFSP avec la collaboration des assureurs ont montré que l'on ne constatait pas une augmentation des prestations moyennes avec l'âge chez les assurés pour qui les prestations brutes au titre des médicaments au cours de l'année précédente excédaient 5000 francs. Le sexe n'a pas non plus, dans ces groupes de risque, d'influence marquante sur les prestations moyennes. L'autre subdivision des assurés en deux groupes : a) assurés qui présentent un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente » et b) assurés qui ne présentent pas de risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente », se justifie par le fait que les assurés qui remplissent les conditions des deux indicateurs occasionnent des prestations moyennes plus élevées que ceux qui ne présentent qu'un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « coûts de médicaments au cours de l'année précédente ».

Cette réglementation présente l'avantage que le nombre de groupes de risque n'est pas augmenté sans nécessité. Si le nombre de groupes est trop élevé, le risque est que certains d'entre eux comportent des effectifs extrêmement faibles et que d'autres soient même vides.

Al. 2

Les assurés restants sont répartis dans d'autres groupes de risque, comme actuellement, selon les indicateurs de l'âge, du sexe et d'un éventuel séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente. De ce fait, le nombre de groupes de risque par canton passe de 60 actuellement à 62.

La répartition des assurés dans les groupes de risque se présente de la manière suivante :



3.7 Art. 6 Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation

Al. 1, let. a, et al. 2, let. a

Les al. 1 et 2 de cette disposition doivent être complétés par l'inclusion du nouvel indicateur de morbidité. De plus, la formulation de l'art. 2d, « répartition des assurés en groupes de risque », est reprise (adaptation d'ordre rédactionnel).

Al. 6

La présente réglementation garantit que seuls les assureurs qui sont actifs durant l'année de compensation ou dont la fortune et l'effectif des assurés ont été transférés par convention à un autre assureur suite au retrait de l'autorisation de pratiquer participent aux calculs et aux paiements de la compensation des risques correspondante. Sans cette disposition d'exception, les assureurs privés d'autorisation dont la fortune et l'effectif des assurés n'ont pas été transférés par convention à un autre assureur suite au retrait de l'autorisation de pratiquer devraient également verser des acomptes et livrer des données pour le calcul du versement de l'année de compensation. Le versement d'acomptes et le calcul de la compensation des risques de l'année de compensation se basent en effet sur les données des années précédentes. Dans le cadre du calcul de la compensation des risques de l'année qui suit l'année de compensation, les montants devraient être remboursés par l'institution commune. La présente réglementation permet d'éviter à l'avenir de tels paiements et de tels remboursements.

3.8 Art. 6a Exceptions pour le calcul

Aux termes de l'art. 17, al. 3, de la modification du 21 mars 2014 de la LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions en ce qui concerne les indicateurs de morbidité pour le calcul de la compensation des risques. Se fondant sur cette base légale, le Conseil fédéral prévoit deux exceptions pour les assurés 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 EMS. Depuis l'intégration de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente », tous les assureurs concernés doivent, pour ces assurés, échanger diverses informations afin de les répartir correctement dans les divers groupes de risque. Les charges liées à cet échange de données sont disproportionnées en raison des exigences élevées en matière de protection des données. L'échange ne peut se faire que via un organisme central de transfert, ce qui génère des frais administratifs tant pour les assureurs (pour la communication des données et leur révision) que pour l'institution commune (pour la gestion de l'organisme central de transfert par Sasis SA et sa révision). Avec l'indicateur de morbidité supplémentaire et, à terme, avec les groupes de coûts pharmaceutiques, la complexité de ces échanges de données augmenterait encore. Le risque d'erreurs dans les données communiquées, qui implique chez tous les assureurs la vérification des données communiquées et le cas échéant leur correction via une nouvelle communication, augmenterait, ce qui pourrait faire baisser la confiance dans le système de la compensation des risques. Pour ces raisons, il convient de pouvoir se passer à l'avenir de ces échanges de données. Cela est possible en appliquant les exceptions suivantes pour les assurés qui changent d'assureur :

Al. 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 à l'hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente, seuls sont pris en compte les indicateurs « âge » et « sexe ». Ces assurés sont répartis dans les groupes de risques prévus à l'article 2d al.2 pour les assurés sans risque élevé de maladie sur la base d'un séjour dans un hôpital ou EMS au cours de l'année précédente. Un échange de données de l'assureur précédent au nouvel assureur n'est plus nécessaire. Pour le Conseil fédéral, ce calcul plus simple se justifie aussi du fait qu'il est apparu que, parmi les assurés qui changent d'assureur, la part de ceux qui présentent un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente » était plus faible que pour l'ensemble de la population. Des enquêtes ont révélé en outre que les assurés souffrant de maladies chroniques et générant des coûts de médicaments élevés changent rarement d'assureur. Ces exceptions n'auront pratiquement pas d'impact sur la compensation des risques considérée globalement.

Al. 2

Pour les personnes qui ont changé d'assureur durant l'année civile déterminante pour le calcul des coûts de médicaments et des séjours à l'hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente, le nouvel assureur doit pouvoir prendre en compte, outre les indicateurs « âge » et « sexe », les coûts de médi-

caments délivrés entre le changement d'assureur et la fin de l'année civile déterminante et les séjours dans un hôpital ou un EMS survenus durant la même période, dont il a connaissance sans échange de données, et qu'il décompte. Pour ces assurés, les coûts de médicaments et les séjours à l'hôpital ou en EMS qui ont été décomptés par l'assureur précédent ne sont pas non plus communiqués au nouvel assureur. Ces assurés peuvent donc remplir les conditions des indicateurs « coûts de médicaments au cours de l'année précédente » et « séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente », et sont répartis dans l'un des groupes de risques existants. Cette réglementation concerne ainsi seulement les assurés qui arrivent chez un assureur en cours d'année et qui restent assurés chez cet assureur l'année suivante. Elle se justifie car l'assureur qui connaît les données au sens de la compensation des risques (sans échange) peut déjà les prendre en compte.

La réglementation actuelle de l'art. 6a concernant la marche à suivre pour les assurés qui changent d'assureur est abrogée.

3.9 Art. 6b Comptes de régularisation pour la compensation des risques

L'art. 6b en vigueur fait obligation aux assureurs de constituer chaque année les provisions nécessaires au paiement des redevances de risque. Le plan comptable aujourd'hui en vigueur pour les assureurs-maladie prévoit des comptes de régularisation pour la compensation des risques. Par contre, les provisions pour la compensation des risques n'y figurent plus. L'art. 6b est donc adapté à la nouvelle terminologie du plan comptable, et les assureurs sont tenus de prévoir les postes de régularisation nécessaires.

Le plan comptable en vigueur prévoit en outre que les contributions de risque encore attendues soient régularisées et portées au bilan lors du bouclage des comptes. Il comporte un compte distinct pour cela. L'art. 6b est donc complété en conséquence. Les assureurs sont tenus de prévoir des postes de régularisation également pour les contributions de compensation attendues. Cela correspond au principe de l'image fidèle (« true and fair view ») sur lequel se fonde le nouveau plan comptable.

La régularisation s'effectue sur la base des changements d'effectif dans les groupes de risque, de la variation des prestations nettes ainsi que des redevances de risque déjà payées ou des contributions de compensation déjà obtenues.

3.10 Art. 10 Remise des données

Al. 1

La définition des prestations brutes figure désormais à l'art. 2b, al. 1 et non plus à l'art. 10. La deuxième phrase dans l'al. 1 de l'art. 10 a par ailleurs été abrogée, le formulaire cité n'ayant jamais été utilisé dans la pratique.

Al. 2^{bis}

Cet alinéa fixe les prestations et les mutations qui doivent figurer dans les données que les assureurs remettent à l'institution commune. Pour le nouvel indicateur également – « coûts de médicaments au cours de l'année précédente » –, les prestations brutes pour médicaments décomptées sont prises en compte jusqu'à deux mois avant la remise des données, soit jusqu'à fin février, pour déterminer si l'assuré remplit les conditions de cet indicateur. C'est sur la base de cette évaluation que s'opère la classification dans le groupe de risque correspondant, pour lequel l'assureur doit remettre les données à l'institution commune.

Comme il n'y aura plus de remise de données d'assureur à assureur (cf. art. 6a), l'al. 2^{bis} peut être simplifié. Par la même occasion, deux notions sont précisées et des adaptations d'ordre rédactionnel sont apportées.

3.11 Art. 13 Fonds

Al. 1 et 2

Le législateur ayant inscrit la compensation des risques dans la loi sans plus d'échéance, la dernière phrase de l'al. 1 est supprimée et la deuxième phrase de l'al. 2 est raccourcie.

L'occasion est saisie de corriger une erreur linguistique à l'al. 1 de la version française.

3.12 Art. 17 Dispositions finales

Al. 4 à 7

Suite à la suppression du délai prévu pour la compensation des risques, il convient également de ne plus limiter la durée de validité de la présente ordonnance. Les al. 4 à 7 de l'OCOR en vigueur, dans lesquels figurent les différentes durées de validité et prolongations, ont donc été abrogés. Dans l'al. 4 modifié, la note de pied de page a non seulement pour but d'expliquer de façon transparente pourquoi l'entrée en vigueur de l'ordonnance en 1996 est mentionnée en 2014, mais aussi de permettre, avec les références du RO concernant les prolongations, de remonter aux anciennes versions du texte.

3.13 Dispositions transitoires de la modification du ...

Al. 1

La disposition transitoire de la révision prévoit que la remise des données par les assureurs à l'institution commune en 2017 pour la compensation des risques 2016 et le calcul de cette dernière s'effectueront selon le droit actuel. En revanche, les assureurs fourniront en 2017 leurs données pour la compensation des risques 2017 selon le nouveau droit.

Al. 2

En outre, l'al. 2 précise que, pour la compensation des risques 2017 et celle des années suivantes, les assureurs doivent être en mesure de fournir les données requises conformément à la présente ordonnance sur la base des données saisies en 2015 et en 2016, et ainsi de suite.

3.14 Entrée en vigueur

Al. 1

La présente modification d'ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, en même temps que la modification de la LAMal du 21 mars 2014, à l'exception de l'al. 2 des dispositions transitoires, qui prend effet le 1^{er} janvier 2015.

Al. 2

Étant donné que la compensation des risques est calculée de manière prospective (évaluation du passé), il convient de fixer l'entrée en vigueur de l'art. 6, al. 6 au 1^{er} janvier 2015 déjà. Ainsi, les caisses-maladie dissoutes, dont le patrimoine et l'effectif des assurés n'ont pas été transférés par convention à un autre assureur suite au retrait de l'autorisation de pratiquer, ne seront plus tenues de verser à l'institution commune des acomptes que celle-ci devrait leur rétrocéder l'année suivante lors du calcul de la compensation des risques.

L'entrée en vigueur de l'al. 2 des dispositions transitoires est anticipée pour la raison suivante : pour la compensation des risques 2017, qui sera calculée la première fois cette même année sur la base de la nouvelle formule de compensation, les assureurs-maladie devront collecter les données en 2015 déjà. Les assurés seront répartis entre les différents groupes de risque sur la base, notamment, des prestations brutes au titre des médicaments enregistrées pour la première fois en 2015. Pour ces groupes, les assureurs-maladie devront, en 2017, déclarer à l'institution commune les mois d'assurance, les prestations brutes et les participations aux coûts intervenus en 2016. Il est donc in-

dispensable que les assureurs-maladie collectent déjà les données en 2015 et 2016 pour les remettre à l'institution commune en 2017. Le calendrier ci-dessous récapitule la situation :

Compensation des risques 2017 : calendrier					
Remise des données, calculs et paiements		Juin 2016 Calcul des acomptes par l'institution commune LAMal (½ de la CR 2015, qui est calculée simultanément)	15 février 2017 Paiement des acomptes (redevances) par les assureurs-maladie	30 avril 2018 2 ^e remise des données par les assureurs-maladie à l'institution commune LAMal	
			15 mars 2017 Paiement des acomptes (contributions) aux assureurs-maladie	Juin 2018 Calcul de la compensation des risques par l'institution commune LAMal (calcul de la moyenne générale, des taux des redevances et des contributions, ainsi que des redevances à payer par les assureurs-maladie et des contributions qui leur sont versées)	
			30 avril 2017 1 ^{re} remise des données par les assureurs-maladie à l'institution commune LAMal		
			Juin 2017 Calcul par l'institution commune LAMal des moyennes de groupe, qui seront utilisées dans le calcul de juin 2018	15 août 2018 Versement final (redevances) par les assureurs-maladie à l'institution commune LAMal sur la base du calcul de la compensation des risques	
				15 septembre 2018 Versement final (contributions) aux assureurs-maladie sur la base du calcul de la compensation des risques	
Saisie des données	2015	2016	2017	2018	
	Saisie des coûts de médicaments et des séjours en hôpital ou en EMS par les assureurs-maladie pour la 1 ^{re} remise de données	Saisie des mois d'assurance, des prestations brutes et des participations aux coûts dans les différents groupes de risque par les assureurs-maladie pour la 1^{re} remise de données Saisie des coûts de médicaments et des séjours en hôpital ou en EMS par les assureurs-maladie pour la 2^e remise de données	Saisie des mois d'assurance dans les différents groupes de risque par les assureurs-maladie pour la 2 ^e remise de données		