

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

Modifications prévues pour le 1^{er} janvier 2014

Teneur des modifications et commentaire

Berne, octobre 2012

Table des matières

1	Contexte	3
2	Objectif principal de la révision	3
3	Modifications proposées	4
3.1	Nouvelle méthode de calcul de la compensation des risques.....	4
3.2	Rapport de l'organe de révision.....	5
4	Commentaire des dispositions	5
	Prestations nettes (art. 3).....	5
	Différences moyennes de risque (art. 5).....	5
	Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation (art. 6).....	6
	Procédure appliquée pour les assurés qui changent d'assureur (art. 6a).....	7
	Provisions (art. 6b).....	7
	Remise des données (art. 10).....	7
	Contrôle des données (art. 11).....	7
	Délais de paiement (art. 12).....	8
	Fonds (art. 13).....	9
	Disposition transitoire.....	9
	Entrée en vigueur.....	9
5	Annexe : calendrier de la compensation des risques 2014	9

1 Contexte

Les dispositions de la compensation des risques révisée, adoptées par l'Assemblée fédérale le 21 décembre 2007, s'appliquent à la compensation dès l'année de compensation 2012. En même temps que le critère de compensation supplémentaire, à savoir le séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente, une autre innovation a été introduite : le calcul prospectif de la compensation des risques. Les dispositions de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1) prévoient que les montants des redevances de risque et des contributions de compensation de la compensation provisoire sont repris une année plus tard pour le calcul de la compensation définitive des risques. Mais étant donné que les effectifs d'assurés varient, les contributions et les redevances ne s'équilibrent plus et une correction doit être effectuée après coup, c.-à-d. après le calcul de la compensation définitive. Cette procédure de correction est décrite à l'art. 6, al. 3, OCoR. A y regarder de près, elle présente plusieurs inconvénients :

- Il y a inégalité de traitement entre les assureurs. Ceux dont la structure de risques s'écarte de la moyenne et pour lesquels le volume de compensation est donc plus important sont défavorisés, car ils doivent contribuer davantage à la couverture de la différence. Ceux qui ont une structure de risques moyenne et pour lesquels le volume de compensation est donc minime ne doivent contribuer que modérément à cette couverture.
- Il y a inégalité de traitement entre les assurés également. La compensation des risques est fondée sur l'idée qu'elle doit traiter de la même manière les assurés dont la situation est semblable (p. ex., toutes les femmes de 90 ans dans le canton de Genève). Traiter de la même manière signifie ici que chaque assureur reçoit pour cette femme la même contribution de compensation. Mais si cette femme est assurée auprès d'un assureur dont la structure de risques s'écarte fortement de celle du canton, la contribution de compensation sera davantage réduite que si la même personne était assurée auprès d'un assureur à la structure de risques moyenne. La charge par personne, qui se répercute sur les primes, est différente.
- Il est difficile de calculer les primes et de contrôler ce calcul. Si l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entend vérifier le calcul effectué par les assureurs, il doit pouvoir estimer la compensation des risques. Avec une correction proportionnelle des volumes, cela signifie aussi qu'il faut appliquer des taux de compensation différents pour chaque assureur.
- Les conglomerats de caisses peuvent, par des fusions stratégiques, réduire leur participation à la compensation des risques.

2 Objectif principal de la révision

En vue de remédier à ces défauts, l'OFSP a cherché une solution de rechange à cette procédure de correction.

Par la présente révision, le DFI propose une solution qui garantit l'équilibre (jeu à somme nulle) dans la compensation des risques *sans qu'il soit nécessaire de corriger après coup entre les assureurs les montants des redevances de risque et des contributions de compensation*. Cette proposition supprime du même coup la nécessité de procéder au calcul de la compensation des risques en deux temps, à savoir un calcul provisoire l'année de la compensation et un calcul définitif l'année suivante. Il s'agit là d'une simplification de la méthode de calcul qui maintient néanmoins le calcul prospectif de la compensation exigé par le législateur. La méthode proposée permet de traiter de manière égale tous les assureurs et tous les assurés appartenant au même groupe de risques. La structure de risques de l'assureur n'influe plus sur l'importance de la redevance due ou de la contribution reçue pour ces assurés. La nouvelle procédure est plus simple que la procédure actuelle et permettrait de ce fait de réduire les frais administratifs de l'Institution commune LAMal.

3 Modifications proposées

3.1 Nouvelle méthode de calcul de la compensation des risques

Le nouveau calcul de la compensation des risques suivrait la méthode de l'adaptation de la moyenne générale :

- Dans un premier temps, les groupes de risques sont formés au moyen des informations relatives à l'existence d'un séjour en hôpital ou en EMS au cours de l'année t-2. Les assureurs relèvent durant l'année t les effectifs en mois d'assurance ainsi que les prestations brutes et les participations aux coûts de l'année t-1 par groupe de risque et communiquent ces informations durant l'année t à l'Institution commune LAMal¹.
- L'Institution commune LAMal calcule sur cette base, durant l'année t, la moyenne des prestations nettes pour l'année t-1 dans les différents groupes de risque (moyenne de groupe), mais sans qu'il y ait encore de paiements compensatoires.
- Les assureurs doivent annoncer durant l'année t+1 leurs effectifs dans les groupes de risques pour l'année t. Pour cela, ils doivent connaître les séjours en hôpital ou en EMS au cours de l'année t-1.
- A partir des effectifs annoncés par les assureurs, l'Institution commune LAMal calcule, durant l'année t+1, l'effectif des différents groupes de risques et l'effectif total pour l'année t.
- En multipliant les nouveaux effectifs des groupes de risques par la moyenne des prestations nettes par groupe, calculée à partir des données de l'année t-1, on obtient les prestations nettes attendues pour chaque groupe de risques. L'addition des prestations nettes attendues de tous les groupes donne le montant total des prestations nettes attendues pour l'année t.
- Pour calculer les prestations nettes moyennes de tous les assureurs, par assuré, attendues dans le canton pour tous les groupes de risque (moyenne générale), on divise le montant total des prestations nettes attendues par l'effectif total de l'année t.
- Pour déterminer le montant des redevances de risque et des contributions de compensation, on compare la moyenne générale avec la moyenne de groupe.
- Pour chaque assureur, on calcule la somme des redevances dues ou des contributions à percevoir pour ses assurés, ce qui permet de calculer la redevance ou la contribution pour la Suisse. Celle-ci correspond aussi au paiement à effectuer par l'assureur.

La méthode de calcul décrite ci-dessus est transparente et présente par rapport à la procédure de correction prévue dans l'OCOR de nets avantages :

- Il n'y a plus besoin d'apporter de correction après coup.
- L'égalité de traitement entre les assureurs est garantie. Les assureurs dont la structure de risques s'écarte de la moyenne ne sont pas défavorisés.
- L'égalité de traitement entre les assurés est garantie. Le paiement compensatoire pour les assurés appartenant au même groupe de risques est identique pour tous les assureurs, quelle que soit leur structure de risques.
- La procédure proposée est plus simple à exécuter. Le calcul de la compensation des risques se faisant en une seule étape, il n'y a plus (à part l'acompte versé) qu'un calcul et un seul paiement, ce qui réduit les frais administratifs de l'Institution commune LAMal. Pour les assureurs, ces frais restent pratiquement les mêmes.
- Lorsque l'assureur veut budgéter la compensation des risques, il doit notamment estimer la variation de ses effectifs, mais non sa part du volume de redistribution.

¹ Pour simplifier la lecture, on utilise dans la description et l'appréciation de la méthode de calcul proposée les abréviations suivantes :

t = année de compensation,

t-1 = année précédente,

t-2 = avant-dernière année précédant l'année de compensation.

3.2 Rapport de l'organe de révision

Le DFI propose de compléter par la même occasion l'art. 11 OCoR. Le rapport remis par l'organe de révision sur l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies revêt une importance capitale ; il faut donc fixer à son sujet des exigences élevées, notamment en ce qui concerne la pertinence de ces données. Le DFI propose de compléter l'art. 11 OCoR par un al. 1^{bis} qui aurait la teneur suivante : « L'OFSP peut édicter des directives concernant la forme et le contenu du rapport [de l'organe de révision sur l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies]. » Ce nouvel alinéa a pour but de garantir l'unité de forme des rapports présentés par les sociétés de révision et la pertinence de leur contenu, ainsi qu'un niveau suffisant d'approfondissement des contrôles. Depuis que la compensation des risques tient compte, en plus des critères âge et sexe des assurés, des séjours d'au moins trois nuits consécutives dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente, il est d'autant plus important que le contrôle des données fournies par les assureurs soit suffisamment précis. Les rapports de l'organe de révision jouent ici un rôle essentiel, et il est utile que l'OFSP puisse à l'avenir édicter des directives concernant leur forme et leur contenu.

4 Commentaire des dispositions

Prestations nettes (art. 3)

L'art. 3 tout entier est remodelé. Son al. 1 actuel porte sur des questions relatives au calcul de la compensation des risques. Ces questions sont maintenant regroupées à l'art. 6.

Titre

Le terme de « coûts » utilisé actuellement, trop vague, est remplacé par celui de « prestations nettes », qui désigne précisément ce dont il s'agit.

Al. 1

La compensation des risques est calculée aujourd'hui déjà sur la base d'indications concernant les prestations nettes, et le calcul est effectué par canton. Il ne s'agit donc pas ici d'un changement matériel. Par « prestations nettes », on entend les prestations payées par les assureurs, autrement dit les prestations brutes à la charge prises en charge de l'assurance obligatoire des soins, déduction faite de la participation des assurés aux coûts.

Al. 2

Une disposition similaire se trouve actuellement à l'art. 6, al. 1^{bis}. Mais comme elle fait partie de la définition de « prestations nettes », elle est déplacée à l'art. 3, al. 2. Le terme de « coûts » est remplacé par celui de « prestations nettes » et la formulation s'inspire de celle de l'art. 2a, al. 4, 1^{re} phrase, OCoR, qui règle l'attribution des séjours à une année civile. Il s'agit là d'une simple adaptation terminologique, sans changement matériel. C'est toujours la date de traitement qui est déterminante

Al. 3

L'introduction du terme de « prestations nettes » nécessite également l'adaptation de l'al. 3 : le terme de « coûts moyens » y est remplacé par celui de « moyenne des prestations nettes ». L'épithète « déterminants », jugée superflue, est supprimée.

Différences moyennes de risque (art. 5)

Al. 1 et 2

Ces dispositions se trouvent désormais à l'art. 6, al. 4 et 5. L'art. 5 est donc abrogé.

Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation (art. 6)

L'art. 6 tout entier est remodelé, mais son titre est maintenu.

Al. 1

Actuellement, le calcul de la compensation des risques s'effectue en deux étapes. Il est prévu qu'à l'avenir, il ne se fasse plus qu'en une seule étape. C'est pourquoi il n'est plus question de calcul à titre provisoire ni de calcul définitif. De plus, le terme de « coûts moyens » est remplacé par celui de « moyenne des prestations nettes », les prestations nettes étant définies à l'art. 3.

Au lieu des différences de risque moyennes, c'est désormais la moyenne des prestations nettes de l'année civile précédant l'année de compensation dans les différents groupes de risque (moyenne de groupe) qui doit être calculée, et ce durant l'année de compensation. Comme actuellement, on forme dans un premier temps les groupes de risque sur la base des informations relatives aux séjours en hôpital ou en EMS durant l'avant-dernière année précédant l'année de compensation.

Al. 2

Avec la nouvelle méthode de calcul, les redevances de risque et les contributions de compensation sont fixées sur la base du calcul effectué l'année qui suit l'année de compensation. Sont déterminants pour ce calcul le total des prestations nettes attendues et la moyenne générale, par assuré, des prestations nettes de tous les assureurs attendues dans le canton pour tous les groupes de risque (moyenne générale).

Durant l'année qui suit l'année de compensation, le total des prestations nettes attendues dans chaque groupe de risques pour l'année de compensation est calculé en premier lieu. Sont déterminants pour ce calcul, comme actuellement dans la compensation définitive des risques, les séjours en hôpital ou en EMS durant l'année civile précédant l'année de compensation qui servent à former les groupes de risque. Ensuite, l'assureur détermine les effectifs de ces groupes durant l'année de compensation (comme actuellement). En multipliant ces nouveaux effectifs par la moyenne des prestations nettes de l'année civile précédant l'année de compensation des groupes de risques (cf. commentaire de l'al. 1), on obtient les prestations nettes attendues dans les différents groupes de risque.

Al. 2^{bis} à 2^{quater}

Ces dispositions se trouvent désormais à l'art. 6a, al. 1 à 3. Les al. 2^{bis}, 2^{ter} et 2^{quater} sont donc supprimés.

Al. 3

En divisant le total des prestations nettes attendues dans les différents groupes de risque (cf. commentaire de l'al. 2) par l'effectif total, on obtient la moyenne générale, par assuré, des prestations nettes de tous les assureurs attendues dans le canton pour tous les groupes de risque (moyenne générale).

La nouvelle méthode proposée aboutit toujours à un équilibre (jeu à somme nulle) entre les redevances de risque et les contributions de compensation. La procédure de correction décrite à l'art. 6, al. 3, actuel n'est donc plus nécessaire, et cette disposition peut être abrogée.

Al. 4 et 5

Ces dispositions se trouvent actuellement à l'art. 5, al. 1 et 2. Mais avec la nouvelle méthode, la moyenne générale est calculée autrement. Ce nouveau calcul est décrit à l'al. 3. Pour le reste, la teneur de ces dispositions est matériellement inchangée.

Al. 6

Matériellement, cette disposition est inchangée. Les données des assureurs auxquels l'autorisation de pratiquer a été retirée au cours de l'année précédant l'année de compensation ne sont pas prises

en compte dans le calcul de la compensation de l'année de compensation. Font exception à cette disposition, comme maintenant, les assureurs dont la fortune et l'effectif des assurés ont été transférés conformément à l'art. 11 LAMal. Mais comme, avec la nouvelle méthode de calcul, il n'y a plus de « calcul provisoire de la compensation », cette expression est remplacée par « calcul de la compensation ».

Procédure appliquée pour les assurés qui changent d'assureur (art. 6a)

Pour faciliter la lecture, il est proposé de retirer de l'art. 6 actuel les dispositions qui concernent les assurés qui changent d'assureur (al. 2^{bis} à 2^{quater}) et de les inscrire dans un nouvel art. 6a distinct, intitulé « Procédure appliquée pour les assurés qui changent d'assureur ». Mais la teneur de ces dispositions reste inchangée.

Provisions (art. 6b)

Il s'agit là de l'art. 6a actuel, auquel deux adaptations ont été apportées. Une nouvelle numérotation est nécessaire, car l'art. 6a n'est plus disponible. Les groupes de risque sont définis à l'art. 2. Le renvoi erroné fait dans la let. a actuelle est supprimé. La nouvelle méthode de calcul entraîne une adaptation de la let. b. Ce ne sont plus les modifications des coûts moyens mais des prestations nettes qu'il faudra prendre en compte. Pour le reste, ces dispositions n'ont pas subi de modification matérielle.

Remise des données (art. 10)

Al. 1

Le terme de « coûts » est remplacé par celui, pertinent, de « prestations nettes ». Cette disposition n'a pas subi de modification matérielle.

Al. 2^{bis}

La formulation actuelle, « séjours ... connus », a donné lieu par le passé à des incertitudes et à des interprétations différentes de la part des assureurs. L'Institution commune LAMal a donc déjà précisé ce terme dans son guide. Il est pertinent d'inscrire cette précision dans l'ordonnance. Etant donné que certaines dispositions sont nouvelles et que la numérotation a été modifiée, il faut que le texte de la disposition renvoie à l'art. 6a, al. 2 et 3.

Contrôle des données (art. 11)

Al. 1^{bis} (nouveau)

Depuis 2012, la compensation des risques tient compte d'un troisième critère, outre l'âge et le sexe des assurés : le risque élevé de maladie. Pour ses assurés qui, l'année précédente, ont séjourné au moins trois nuits consécutives dans un hôpital ou un EMS, l'assureur reçoit des contributions de compensation plus élevées, ou doit payer des redevances de risque moins élevées, que pour les assurés qui n'ont pas connu de séjour de ce type l'année précédente. Il est donc plus important qu'auparavant que les données fournies par les assureurs soient contrôlées avec soin. Etant donné l'importance financière et institutionnelle de la compensation des risques, l'étendue et le niveau des contrôles actuels doivent en tous les cas être maintenus. L'assureur lui-même doit attester l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies, mais son organe de révision doit aussi remettre à l'Institution commune LAMal un rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité de ces données. Ce rapport revêt une importance essentielle ; il convient donc de le soumettre à des exigences élevées, notamment en ce qui concerne la pertinence des données. Il est donc utile qu'à l'avenir, l'OFSP puisse édic-

ter des directives concernant sa forme et son contenu. Au besoin, il pourra fixer une norme de contrôle. L'objectif visé par la nouvelle disposition est d'assurer l'efficacité des contrôles et la pertinence des rapports de l'organe de révision. La norme de contrôle n'est cependant pas définie au niveau de l'ordonnance, afin de maintenir la souplesse nécessaire. Il faut qu'ainsi les livraisons de données erronées ou incomplètes puissent être repérées à temps pour éviter de devoir recalculer la compensation des risques. Enfin, la confiance dans la qualité des données s'en trouvera renforcée, condition essentielle pour l'acceptation de la compensation des risques.

Délais de paiement (art. 12)

Al. 1, let. b et c

Avec la nouvelle méthode de calcul, il n'y a plus que deux paiements de compensation au lieu de trois. L'acompte n'est plus suivi que d'un paiement (paiement final), l'année suivante, sur la base du calcul de la compensation des risques défini à l'art. 6.

La let. b actuelle peut donc être abrogée. A la let. c, l'épithète « définitif » qualifiant le calcul est supprimée pour la même raison. Il est précisé en outre que pour établir le montant du paiement final, le montant de l'acompte versé est déduit du résultat du calcul effectué conformément à l'art. 6.

Al. 2

Le montant de l'acompte à verser est augmenté et sera désormais de 50 % des paiements de compensation pour l'avant-dernière année précédant l'année de compensation. Cela permet de garantir que les caisses receveuses reçoivent déjà des paiements importants durant l'année de compensation malgré la suppression de la compensation provisoire des risques, afin de préserver leurs liquidités. Les délais de paiement pour les acomptes restent inchangés.

Al. 3

Comme, avec la nouvelle méthode de calcul, l'un des trois paiements disparaît ☐ celui de la compensation provisoire ☐, il n'y a plus lieu de fixer des délais de paiement à ce propos. La disposition en question est donc supprimée purement et simplement.

L'al. 3 règle maintenant les délais concernant le paiement final, dont le montant est égal au résultat du calcul défini à l'art. 6, moins l'acompte versé. Les paiements sont effectués, comme actuellement, sur la base du calcul définitif, au cours de l'année qui suit l'année de compensation. Mais les délais sont avancés respectivement au 15 août et au 15 septembre.

Al. 4

Cette disposition se trouve actuellement à l'al. 5. Elle est maintenant déplacée à l'al. 4. En raison de la restructuration de l'article, le renvoi à l'alinéa concernant les intérêts moratoires doit être adapté.

Al. 5

La disposition figurant actuellement à l'al. 6 doit être adaptée en raison de la suppression de la compensation provisoire, et déplacée à l'al. 5. La compensation des créances et des dettes des assureurs issues de la compensation des risques de différentes années, de même qu'entre acomptes et paiements finals, reste interdite. Cet alinéa ne subit aucune modification matérielle.

Al. 6

Une disposition similaire se trouve actuellement à l'al. 7. Elle est maintenant déplacée à l'al. 6. La compensation des risques étant désormais calculée en une fois, les intérêts ne sont plus perçus que sur la base des acomptes. L'expression « calcul provisoire » doit donc être remplacée par « acompte versé » et celle de « calcul définitif » par « calcul » tout court. En outre, cette disposition renvoie

maintenant à l'art. 6. De plus, une correction d'ordre terminologique a été apportée à la dernière phrase dans la version allemande (*Ausgleichsjahr* au lieu de *Risikoausgleich*).

Fonds (art. 13)

Al. 1

Le fonds reste nécessaire, car des intérêts s'accumuleront en raison du décalage entre les délais de paiement et de perception des acomptes et les paiements finals. La correction apportée à la 1^{re} phrase est due au fait qu'avec la nouvelle méthode de calcul de la compensation des risques, il n'y aura plus que deux paiements : l'acompte et le paiement final.

Disposition transitoire

La disposition transitoire précise que le droit en vigueur s'applique pour la compensation définitive des risques 2013. Le nouveau droit ne s'applique que pour la compensation des risques 2014 et celle des années suivantes. Puisque, selon le nouveau droit, le calcul de la compensation des risques ne se fait plus qu'en une seule étape, l'acompte à verser en 2014 resp. en 2015 équivaldra à la moitié de la compensation définitive des risques 2012 resp. 2013 (calculée selon le droit actuel). Il faudra en tenir compte pour la budgétisation.

Entrée en vigueur

L'entrée en vigueur de la modification de l'ordonnance est fixée au 1^{er} janvier 2014.

5 Annexe : calendrier de la compensation des risques 2014

Calendrier de la compensation des risques 2013

<p>Juin 2013 Calcul du paiement des acomptes par l'Institution commune LAMal (1/2 de la CR 2012 définitive, calculée en même temps).</p>	<p>15 février 2014 Paiement des acomptes (redevances) par les assureurs.</p> <p>15 mars 2014 Versement des acomptes (contributions) aux assureurs.</p> <p>30 avril 2014 1^{re} remise de données des assureurs à l'Institution commune LAMal.</p> <p>Juin 2014 Calcul des moyennes de groupe par l'Institution commune LAMal. Elles seront utilisées dans le calcul effectué en juin 2015.</p>	<p>30 avril 2015 2^e remise de données des assureurs à l'Institution commune LAMal.</p> <p>Juin 2015 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 dues par les assureurs et des contributions à leur verser).</p> <p>15 août 2015 Paiement final par les assureurs des redevances de risque sur la base du calcul de la compensation des risques et de l'acompte versé.</p> <p>15 septembre 2015 Paiement final aux assureurs des contributions de compensation sur la base du calcul de la compensation des risques et de l'acompte versé.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2012	2013	2014	2015
Les assureurs saisissent les séjours en hôpital ou en EMS pour la 1 ^{re} remise de données.	Les assureurs saisissent les mois d'assurance, les prestations brutes et les participations aux coûts dans les différents groupes de risques pour la 1 ^{re} remise de données. Les assureurs saisissent les séjours en hôpital ou en EMS pour la 2 ^e remise de données.	Les assureurs saisissent les mois d'assurance dans les différents groupes de risques pour la 2 ^e remise de données.	