

# 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-maladie<sup>1</sup> est modifiée comme suit:

### *Préambule*

vu le ch. II de la modification du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie<sup>2</sup> (nouveau régime de compensation des risques),

### *Art. 2*                    Groupes de risques

<sup>1</sup> Pour la compensation des risques, les assurés sont répartis en groupes de risques.

<sup>2</sup> En outre, les assurés sont répartis par groupes d'âge. Le premier groupe comprend les assurés âgés de 18 à 25 ans. Les assurés âgés de 26 à 90 ans sont répartis par groupes de cinq ans. Le dernier groupe d'âge comprend les assurés âgés de 91 ans et plus.

<sup>3</sup> L'attribution aux groupes d'âge s'effectue d'après l'année de naissance des assurés.

<sup>4</sup> Pour former les groupes de risques, les groupes d'âge visés à l'al. 2 sont subdivisés en fonction du sexe et selon le critère du risque de maladie élevé précisé à l'art. 4a.

### *Art. 3, al. 1, let. b et al. 3*

<sup>1</sup> Sont établis en vue de la compensation des risques les coûts moyens par canton suivants:

- b. les coûts moyens par assuré de chaque groupe de risques (moyenne du groupe).

<sup>3</sup> Pour éviter des écarts importants lors d'une comparaison diachronique ou régionale de l'évolution des coûts moyens déterminants, le Département fédéral de l'intérieur peut procéder à un lissage qui se fonde sur des principes statistiques reconnus.

RS .....

<sup>1</sup> RS **832.112.1**

<sup>2</sup> RO ...

2008-.....

*Art. 4a* Prise en compte du risque de maladie élevé

<sup>1</sup> Le critère déterminant le risque de maladie élevé est le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente.

<sup>2</sup> La durée du séjour est fixée sur la base du nombre de nuits consécutives passées dans un hôpital ou un établissement médico-social.

<sup>3</sup> Est pris en compte un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social en Suisse selon l'art. 39 de la loi, pour autant que l'assurance obligatoire des soins prenne en charge les coûts liés aux prestations.

<sup>4</sup> L'accouchement dans un hôpital selon l'art. 29, al. 2, let. b, de la loi n'est pas pris en compte.

<sup>5</sup> Pour l'attribution du séjour à une année civile, la date effective de celui-ci est déterminante. Pour un séjour qui se poursuit au-delà d'une année civile, sa durée est calculée jusqu'à la fin de cette année. Sa prolongation dans la nouvelle année est comptée dans cette dernière.

*Art. 5* Différences moyennes de risque

<sup>1</sup> Les assureurs paient, pour tous les assurés d'un groupe de risques dont la moyenne déterminée d'après l'art. 3 se situe au-dessous de la moyenne générale, une redevance de risque qui correspond à la différence entre la moyenne du groupe et la moyenne générale.

<sup>2</sup> Les assureurs reçoivent, pour tous les assurés d'un groupe de risques dont la moyenne déterminée d'après l'art. 3 se situe au-dessus de la moyenne générale, une contribution de compensation qui correspond à la différence entre la moyenne du groupe et la moyenne générale.

*Art. 6, al. 1, 1<sup>bis</sup>, 2, 2<sup>bis</sup> et 3*

<sup>1</sup> Les redevances de risque et les contributions de compensation sont fixées à titre provisoire durant l'année de compensation. Sont déterminants :

- a. les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'avant-dernière année précédant la compensation pour la détermination des groupes de risques ;
- b. les effectifs d'assurés dans les groupes de risques particuliers durant l'année civile précédant la compensation ;
- c. les différences moyennes de risque durant l'année civile précédant la compensation.

<sup>1bis</sup> Les coûts déterminants sont fixés sur la base de la date de la prestation.

<sup>2</sup> Les redevances de risque et les contributions de compensation sont fixées définitivement au cours de l'année qui suit l'année de compensation. Pour le calcul des redevances et des contributions, sont déterminants :

- a. les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social durant l'année civile précédant la compensation pour la détermination des groupes de risques ;

- b. les effectifs d'assurés dans les groupes de risques particuliers durant l'année de la compensation ;
- c. les différences moyennes de risque relevées pour la compensation provisoire des risques durant l'année civile précédant la compensation.

<sup>2bis</sup> Lors de la communication des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social, l'assureur prend également en compte les assurés qui étaient affiliés auprès d'un autre assureur durant l'année en question.

<sup>3</sup> L'institution commune veille à ce que le calcul des redevances et des contributions visées à l'al. 2 permette d'obtenir un équilibre (jeu à somme nulle). Aussi bien les assureurs qui doivent des redevances de risque que ceux qui reçoivent des contributions de compensation doivent participer à la différence à parts égales. La prise en charge par chaque assureur s'effectue proportionnellement à ses propres redevances ou contributions.

#### *Art. 7 Titre, al. 1 et 2*

##### Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques

<sup>1</sup> *Abrogé*

<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'OFSP les documents relatifs aux calculs ainsi que le solde par assureur, par canton et pour toute la Suisse.

#### *Art. 10 Titre, al. 1 et 2<sup>bis</sup>*

##### Remise des données

<sup>1</sup> Les assureurs fournissent leurs données réparties par canton, par groupe de risques et par année civile, concernant les effectifs, les coûts et les participations aux coûts selon les directives de l'institution commune. Ils fournissent à l'institution commune leurs données avec une copie du formulaire officiel concernant l'effectif des assurés.

<sup>2bis</sup> La remise des données doit prendre en compte les prestations facturées jusqu'à deux mois avant le délai de remise, les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social connus des assureurs ainsi que les changements dans les effectifs d'assurés, qui concernent l'année civile déterminante pour le relevé des données.

## II

#### *Disposition transitoire de la modification du ...*

<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 soumis au 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 ...

III

<sup>1</sup> La présente modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, sous réserve de l'al. 2 de la disposition transitoire de la modification du ... .

<sup>2</sup> L'al. 2 de la disposition transitoire de la modification du ... entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

....

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération:  
La chancelière de la Confédération,  
Corina Casanova