

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

Droit en vigueur	Avant-projet pour la consultation du 03.09.2025 au 03.12.2025
<p>Préambule <i>Le Conseil fédéral suisse,</i> 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), <i>arrête:</i></p>	<p><i>Préambule</i> <i>Le Conseil fédéral suisse</i> <i>arrête:</i></p>
<p>Art. 1 Indicateurs Le risque élevé de maladie est défini par les indicateurs de morbidité suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. âge; b. sexe; c. séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social; d. groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). 	<p><i>Art. 1, titre</i> <i>Indicateurs de morbidité</i></p>
<p>Art. 3 Indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social»</p> <p>¹ Un assuré qui a séjourné au moins trois nuits consécutives dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente est réputé présenter un risque élevé de maladie.</p> <p>² L'indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social» au sens de l'al. 1 prend en compte les séjours 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>³ Les séjours en cas de maternité au sens de l'art. 29, al. 2, let. b, LAMal ne sont pas pris en compte.</p> <p>⁴ La date du 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. la nuit du 31 décembre au 1^{er} janvier est décomptée dans l'année d'admission; 	<p><i>Art. 3, titre et al. 2, let. b</i> <i>Indicateur «séjour»</i></p> <p>² L'indicateur «séjour» au sens de l'al. 1 prend en compte les séjours durant l'année précédant l'année de compensation (année précédente) 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. un hôpital qui a conclu une convention au sens de l'art. 49a LAMal.

<ul style="list-style-type: none"> b. 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; c. 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. 	
<p>Art. 5 Indicateur «PCG»</p> <p>¹ Un assuré qui remplit les conditions d'attribution à un PCG sur la base des médicaments qui lui ont été remis au cours de l'année précédente est réputé présenter un risque élevé de maladie.</p> <p>² Remplit les conditions d'attribution à un PCG l'assuré auquel a été remis, au cours de l'année précédente, au moins le nombre minimal défini de doses quotidiennes standard ou d'emballages de médicaments:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. qui sont attribués à ce PCG sur la liste des PCG; b. qui étaient inscrits sur la liste des spécialités au moment de la remise; c. dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, et d. qui ne sont pas compris dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal. <p>³ Est déterminante la liste des PCG en vigueur au moment du calcul de la compensation des risques.</p> <p>⁴ La date de remise des médicaments est déterminante pour l'attribution à l'année civile.</p> <p>⁵ Le DFI détermine le nombre minimal de doses quotidiennes standard ou d'emballages de</p>	<p><i>Art. 5, al. 2, let. b</i></p> <p>² Remplit les conditions d'attribution à un PCG l'assuré auquel a été remis, au cours de l'année précédente, au moins le nombre minimal défini de doses quotidiennes standard ou d'emballages de médicaments:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. qui étaient inscrits sur la liste des spécialités ou sur la liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales au sens de l'art. 3^{sexies} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité au moment de la remise;
	<p><i>Art. 5a Détermination de l'effectif des assurés</i></p> <p>Les mois d'assurance des assurés sont déterminants pour définir l'effectif des assurés visé à l'art. 16a LAMal.</p>
<p>Art. 6 Livraison des données</p> <p>¹ Pour le regroupement des données et le calcul de la compensation des risques, l'assureur livre à ses frais à l'institution commune, conformément aux instructions de celle-ci, pour chaque assuré et pour chaque année civile, les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. canton de domicile; b. numéro AVS, sous forme pseudonymisée; c. année de naissance; d. sexe; e. séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social; 	<p><i>Art. 6, titre, al. 1, phrase introductive et let. e à j, et al. 2</i></p> <p><i>Livraison des données des assurés résidant en Suisse</i></p> <p>¹ Pour le calcul de la compensation des risques, l'assureur livre à ses frais à l'institution commune, conformément aux instructions de celle-ci, pour chaque assuré résidant en Suisse et pour chaque année civile, les données suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> e. présence ou non d'un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social;

<p>f. code GTIN et nombre d’emballages par médicament figurant sur la liste des spécialités;</p> <p>g. nombre de mois durant lesquels l’assuré a été assuré chez lui;</p> <p>h. prestations brutes, après déduction des restitutions qui lui ont été versées par les titulaires d’autorisation de mise sur le marché de médicaments;</p> <p>i. participation aux coûts.</p> <p>² Il présente les données en deux ensembles de données. Le premier ensemble contient les données pour l’année qui précède la livraison, le deuxième, celles pour la dernière année avant l’année qui précède la livraison des données.</p> <p>³ Les assureurs livrent les données le 31 mars au plus tard.</p> <p>⁴ Sont pris en compte pour la livraison des données les prestations décomptées jusqu’à fin février et les changements dans l’effectif des assurés qui concernent l’année civile déterminante pour l’ensemble de données.</p>	<p>f. code GTIN et nombre d’emballages par médicament figurant sur la liste des spécialités ou sur la liste des spécialités en matière d’infirmiétés congénitales;</p> <p>g. nombre de mois durant lesquels l’assuré a été assuré chez lui (mois d’assurance);</p> <p>h. prestations brutes, après déduction des restitutions qui lui ont été versées par les titulaires d’autorisation de mise sur le marché de médicaments (prestations brutes);</p> <p>i. participation aux coûts;</p> <p>j. contribution cantonale au sens de l’art. 60, al. 1, LAMal (contribution cantonale).</p> <p>² L’assureur présente les données en deux ensembles de données. Le premier ensemble contient les données pour l’année de compensation, le deuxième, celles pour l’année qui précède l’année de compensation.</p>
	<p><i>Art. 6a</i> Livraison des données des assurés résidant à l’étranger</p> <p>¹ Pour le calcul de la compensation des risques, l’assureur livre à ses frais à l’institution commune, conformément aux instructions de celle-ci et sous forme agrégée, les mois d’assurance des assurés résidant à l’étranger, pour chaque année civile, selon la structure suivante:</p> <p>a. groupe d’âge;</p> <p>b. sexe;</p> <p>c. les assurés résidant en Allemagne, les assurés résidant en France et les assurés résidant dans tous les autres États de résidence;</p> <p>d. les frontaliers assurés en Suisse et tous les autres assurés;</p> <p>e. pour les frontaliers assurés en Suisse, le canton où se situe leur lieu de travail.</p> <p>² L’assureur livre les données pour l’année de compensation dans un ensemble de données.</p> <p>³ Il livre les données le 31 mars au plus tard.</p> <p>⁴ Sont pris en compte pour la livraison des données les changements dans l’effectif des assurés saisis jusqu’à fin février qui concernent l’année civile déterminante pour l’ensemble de données.</p> <p>⁵ Pour la détermination de la part visée à l’art. 17, al. 5, LAMal, l’assureur livre périodiquement à l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) des données sur les prestations dont l’effectif des assurés a bénéficié en Suisse et à l’étranger, ventilées selon les assurés résidant en Allemagne, les assurés résidant en France et les assurés résidant dans tous les autres États de résidence.</p>

<p>Art. 8 Contrôle des données</p> <p>¹ Les organes de révision des assureurs remettent à l'institution commune, le 15 avril au plus tard, un rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité des données livrées en vertu de l'art. 6.</p> <p>² L'institution commune vérifie, avec le concours des organes de révision qu'elle a désignés pour cette tâche, l'exactitude et l'exhaustivité des données livrées au moyen de contrôles effectués auprès d'un échantillon d'assureurs.</p> <p>³ Les assureurs supportent eux-mêmes les coûts que leur occasionnent les contrôles auprès d'un échantillon d'assureurs.</p> <p>⁴ L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) peut édicter des directives concernant les vérifications que les organes de révision doivent entreprendre.</p>	<p><i>Art. 8, al. 1 et 4</i></p> <p>¹ Les organes de révision des assureurs remettent à l'institution commune, le 15 avril au plus tard, un rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité des données livrées en vertu des art. 6 et 6a.</p> <p>⁴ L'OFSP peut édicter des directives concernant les vérifications que les organes de révision doivent entreprendre.</p>
<p>Art. 9 Effectifs des assurés</p> <p>¹ Est déterminante pour calculer les effectifs des assurés d'un assureur la durée d'assurance de ses assurés en mois.</p> <p>² Ne sont pas comptabilisés dans les effectifs:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. les personnes résidant à l'étranger qui sont assurées sur une base contractuelle conformément aux art. 7a et 132, al. 3, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal); b. les assurés visés à l'art. 1, al. 2, let. d à e^{bis}, OAMal; c. les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger sans autorisation de séjour qui résident en Suisse et qui bénéficient de l'aide sociale; d. les assurés visés aux art. 4 et 5 OAMal, pour autant qu'ils n'acquittent pas une prime pour les assurés domiciliés en Suisse; e. les assurés qui sont soumis à l'assurance-maladie suisse en vertu de l'Accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans; f. les assurés qui ont moins de 19 ans le 31 décembre de l'année considérée. 	<p><i>Art. 9</i></p> <p><i>Abrogé</i></p>
<p>Art. 10 Rassemblement des ensembles de données et regroupement des données</p> <p>¹ L'institution commune rassemble les ensembles de données des assureurs. Elle veille à ce que les données de l'année précédente concernant les indicateurs de morbidité soient intégralement incluses dans le calcul, même pour les assurés qui ont changé d'assureur.</p> <p>² Elle relie, par assuré, les données relatives au canton, à l'âge, au sexe, aux prestations nettes et aux mois d'assurance avec les données de l'année précédente concernant les autres indicateurs de morbidité.</p> <p>³ Si elle constate, sur la base du premier ensemble de données visé à l'art. 6, al. 2, qu'un assuré est affilié pendant 13 mois ou plus, elle communique à chaque assureur concerné:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. le numéro de ligne correspondant de la livraison des données par les assureurs concernés; 	<p><i>Art. 10, al. 1 et 2</i></p> <p>¹ L'institution commune rassemble les ensembles de données visés à l'art. 6. Elle veille à ce que les données de l'année précédente concernant les indicateurs de morbidité soient intégralement incluses dans le calcul, même pour les assurés qui ont changé d'assureur.</p> <p>² Elle relie, par assuré, les données relatives au canton, à l'âge, au sexe, aux prestations nettes et aux mois d'assurance avec les données de l'année précédente concernant les autres indicateurs de morbidité. Les prestations nettes correspondent aux prestations brutes, déduction faite des participations aux coûts et de la contribution cantonale.</p>

<p>b. les nom et numéro d'identification de l'autre assureur ou des autres assureurs.</p>	
<p>Art. 11 Répartition des assurés en groupes de risque L'institution commune répartit les assurés en groupes de risque, par canton, selon leur âge et leur sexe, et selon la présence ou non d'un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social».</p>	<p><i>Art. 11 Répartition des assurés en groupes de risque</i> L'institution commune répartit les assurés en groupes de risque, par canton, selon leur âge et leur sexe, et selon la présence ou non d'un risque élevé de maladie sur la base de l'indicateur «séjour».</p>
<p>Art. 18a Calcul de l'allègement pour les jeunes adultes ¹ L'allègement prévu à l'art. 16a LAMal s'élève, par canton, à 50 % de la différence entre la somme des redevances de risque versées par l'ensemble des assureurs pour les jeunes assurés et la somme des contributions de compensation et des suppléments pour PCG reçues par l'ensemble des assureurs pour les jeunes assurés. ² Il est réparti entre les assureurs proportionnellement au nombre de jeunes adultes qui sont assurés auprès d'eux dans le canton concerné. Les effectifs des assurés de l'assureur au sens de l'art. 9 calculés durant l'année de compensation sont déterminants. ³ Les assureurs assument l'allègement proportionnellement au nombre de personnes qui sont assurées auprès d'eux dans le canton concerné et qui sont âgées de 26 ans et plus au 31 décembre. Les effectifs des assurés de l'assureur au sens de l'art. 9 calculés durant l'année de compensation sont déterminants. ⁴ L'institution commune calcule par canton:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. l'allègement et la part de chaque assureur à l'allègement; b. la part qui incombe à l'assureur pour le financement de l'allègement. 	<p><i>Art. 18a Calcul de l'allègement pour les jeunes adultes</i> ¹ L'allègement prévu à l'art. 16b LAMal s'élève, par canton, à 50% de la différence entre la somme des redevances de risque versées par l'ensemble des assureurs pour les jeunes assurés et la somme des contributions de compensation et des suppléments pour PCG reçues par l'ensemble des assureurs pour les jeunes assurés. ² Il est réparti entre les assureurs proportionnellement au nombre de jeunes adultes qui sont assurés auprès d'eux dans le canton concerné. Les assurés résidant dans le canton durant l'année de compensation sont déterminants. ³ Les assureurs assument l'allègement proportionnellement au nombre de personnes qui sont assurées auprès d'eux dans le canton concerné et qui sont âgées de 26 ans et plus au 31 décembre. Les assurés résidant dans le canton durant l'année de compensation sont déterminants. ⁴ L'institution commune calcule par canton:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. l'allègement et la part de chaque assureur à l'allègement; b. le montant pour le financement de l'allègement et la part qui incombe à l'assureur pour le financement de l'allègement.
	<p><i>Art. 18b Attribution des mois d'assurance à un canton</i> ¹ L'institution commune attribue les mois d'assurance des frontaliers assurés en Suisse au canton où se situe le lieu de travail du frontalier. ² Elle attribue les mois d'assurance des autres assurés résidant à l'étranger aux cantons proportionnellement au nombre d'assurés résidant dans chaque canton.</p>
	<p><i>Art. 18c Constitution du groupe de référence</i> ¹ Le groupe de référence visé à l'art. 17, al. 4, LAMal est déterminé par canton. Il est composé des assurés qui résident dans le canton auquel sont attribués les mois d'assurance et qui appartiennent au même groupe d'âge et au même sexe que l'assuré résidant à l'étranger. ² Pour le groupe de référence, le risque élevé de maladie est calculé en moyenne sur la base des indicateurs «séjour» et «PCG».</p>

	<p><i>Art. 18d Attribution du risque élevé de maladie sur la base des indicateurs «séjour» et «PCG»</i></p> <p>L'institution commune attribue aux mois d'assurance des assurés résidant à l'étranger le risque élevé de maladie moyen sur la base des indicateurs «séjour» et «PCG» du groupe de référence.</p>
	<p><i>Art. 18e Détermination de la part des prestations dont l'effectif des assurés a bénéficié en Suisse</i></p> <p>¹ Le DFI détermine la part visée à l'art. 17, al. 5, LAMal pour les assurés résidant en Allemagne, pour les assurés résidant en France et pour les assurés résidant dans tous les autres États de résidence. Il utilise à cet effet les données visées à l'art. 6a, al. 5.</p> <p>² Il vérifie périodiquement cette part et l'adapte si nécessaire.</p>
	<p><i>Art. 18f Calcul des taux de redevance de risque et des taux de contribution de compensation pour les assurés résidant à l'étranger</i></p> <p>¹ Les taux de redevance de risque et les taux de contribution de compensation pour les assurés résidant à l'étranger sont calculés durant l'année qui suit l'année de compensation. À cette fin, l'institution commune multiplie la part déterminée conformément à l'art. 18e par:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. les suppléments pour PCG visés à l'art. 15; b. les taux de redevances de risque et les taux de contributions de compensation par groupe de risque visés à l'art. 18; c. l'allègement et le montant pour le financement de l'allègement visés à l'art. 18a, al. 4. <p>² Les assureurs versent ou reçoivent, pour les mois d'assurance de leurs assurés résidant à l'étranger, les montants calculés conformément à l'al. 1 selon:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. le groupe d'âge; b. le sexe; c. les indicateurs «séjour» et «PCG» au sens de l'art. 18d; d. l'État de résidence, réparti entre l'Allemagne, la France et tous les autres États de résidence; e. le canton au sens de l'art. 18b.
	<p><i>Art. 18g Rassemblement des calculs</i></p> <p>¹ L'institution commune additionne pour chaque canton les montants calculés conformément à l'art. 18f, al. 2.</p> <p>² Elle répartit le montant total de chaque canton entre les assureurs proportionnellement au nombre d'assurés résidant dans le canton concerné.</p>

	<p>³ Si le montant total pour le canton est positif, les assureurs reçoivent une contribution de compensation pour leurs assurés résidant dans le canton.</p> <p>⁴ Si le montant total pour le canton est négatif, les assureurs versent une redevance de risque à la charge de leurs assurés résidant dans le canton.</p>
<p>Art. 19</p> <p>¹ Pour la compensation des risques de chaque année de compensation, chaque assureur paie ou reçoit:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. un acompte qui correspond à la moitié de la redevance de risque qu'il a payée ou de la contribution de compensation qu'il a obtenue pour la compensation des risques de l'avant-dernière année civile précédant l'année de compensation; b. un paiement final qui résulte du calcul défini aux art. 9 à 18a, déduction faite de l'acompte versé. <p>² L'acompte doit être payé:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à l'institution commune: au plus tard le 15 février de l'année de compensation; b. pour les contributions de compensation que l'institution commune verse aux assureurs: au plus tard le 15 mars de l'année de compensation. <p>³ Le paiement final doit être effectué:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à l'institution commune: au plus tard le 15 août de l'année qui suit l'année de compensation; b. pour les contributions de compensation que l'institution commune verse aux assureurs: au plus tard le 15 septembre de l'année qui suit l'année de compensation. <p>⁴ L'institution commune doit verser les contributions de compensation aux assureurs même si les assureurs n'ont pas tous payé leurs redevances de risque. Si des paiements n'ont pas été effectués à la date d'échéance, l'institution commune peut réduire proportionnellement les paiements en fonction des redevances de risque encaissées. Elle doit verser les contributions de compensation dues après réception des redevances de risque en retard et les augmenter de l'intérêt moratoire prévu à l'al. 7.</p> <p>⁵ Ne sont pas autorisées:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. la compensation des créances et des dettes des assureurs entre les compensations des risques de différentes années, de même qu'entre acomptes et paiements finals; b. la compensation des créances et des dettes entre différents assureurs, sauf en cas de fusion ultérieure de ceux-ci. <p>⁶ Dans le cadre du paiement de l'acompte, un intérêt est dû sur les montants versés en trop ou en moins au regard du calcul résultant des art. 9 à 18a. Les intérêts sont calculés en fonction des délais de versement des acomptes et des paiements finals et en fonction des montants effectivement versés</p>	<p><i>Art. 19, al. 1, let. b, et al. 6</i></p> <p>¹ Pour la compensation des risques de chaque année de compensation, chaque assureur paie ou reçoit:</p> <ul style="list-style-type: none"> b. un paiement final qui résulte du calcul défini aux art. 10 à 18g, déduction faite de l'acompte versé. <p>⁶ Dans le cadre du paiement de l'acompte, un intérêt est dû sur les montants versés en trop ou en moins au regard du calcul résultant des art. 10 à 18g. Les intérêts sont calculés en fonction des délais de versement des acomptes et des paiements finals et en fonction des montants effectivement versés ou perçus. Le taux d'intérêt correspond au rendement des obligations de la Confédération, si celui-</p>

<p>ou perçus. Le taux d'intérêt correspond au rendement des obligations de la Confédération, si celui-ci est positif. L'institution commune verse et réclame les intérêts au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.</p> <p>⁷ Les assureurs qui n'acquittent pas à temps les montants dus doivent verser à l'institution commune un intérêt moratoire au taux annuel de 5 %.</p>	<p>ci est positif. L'institution commune verse et réclame les intérêts au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.</p>
<p>Art. 20 Décompte de soldes et information</p> <p>¹ Pour la compensation des risques de l'année précédente, l'institution commune communique à chaque assureur, le 10 juin au plus tard:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. le décompte de soldes qui le concerne, ventilé par canton et par groupe de risque, incluant les données suivantes: <ol style="list-style-type: none"> 1. les mois d'assurance, 2. la somme des redevances de risque et celle des contributions de compensation, 3. la somme des suppléments pour les PCG, 4. la somme des allègements et celle des charges financières découlant de la répercussion de la part qui incombe à l'assureur pour le financement de l'allègement, 5. le total des sommes visées aux ch. 2, 3 et 4; b. les données suivantes relatives aux personnes qui étaient assurées chez lui durant l'année de compensation: <ol style="list-style-type: none"> 1. les PCG de l'année précédente, 2. l'indication d'un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente, 3. l'indication d'un changement d'assureur au cours de l'année précédente. <p>² Elle transmet les données visées à l'al. 1, let. b, et le numéro de ligne de la livraison des données par l'assureur.</p>	<p><i>Art. 20, al. 1, let. a, phrase introductive, let. b, phrase introductive et ch. 3, et let. c</i></p> <p>¹ Pour la compensation des risques de l'année précédente, l'institution commune communique à chaque assureur, le 10 juin au plus tard:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. le décompte de soldes qui le concerne, ventilé par canton et par groupe de risque pour les assurés résidant en Suisse, incluant les données suivantes: b. les données suivantes relatives aux personnes résidant en Suisse qui étaient assurées chez lui durant l'année de compensation: <ol style="list-style-type: none"> 3. l'indication d'un changement d'assureur au cours de l'année précédente; c. le décompte de soldes qui le concerne, ventilé par canton pour les assurés résidant en Allemagne, pour les assurés résidant en France et pour les assurés résidant dans tous les autres États de résidence, incluant les données suivantes: <ol style="list-style-type: none"> 1. les mois d'assurance, 2. la somme des montants visés à l'art. 18f, al. 2.
<p>Art. 21 Corrections après livraison de données incorrectes</p> <p>¹ Lorsque l'assureur annonce une erreur dans la livraison des données plus de 30 jours après la communication du solde en vertu de l'art. 20, l'institution commune peut refuser de recalculer la compensation des risques.</p> <p>² Un nouveau calcul de la compensation des risques est exclu si l'annonce est faite plus de deux ans après l'expiration du délai prévu à l'art. 6, al. 3.</p> <p>³ Même après avoir refusé de recalculer la compensation des risques en vertu des al. 1 et 2, l'institution commune peut facturer aux assureurs qui lui ont livré des données incorrectes à leur avantage</p>	<p><i>Art. 21, al. 2</i></p> <p>² Un nouveau calcul de la compensation des risques est exclu si l'annonce est faite plus de deux ans après l'expiration du délai prévu à l'art. 6, al. 3 ou à l'art. 6a, al. 3.</p>

<p>un montant correspondant à l'avantage retiré. Ce montant sera réparti entre les autres assureurs au prorata de leurs redevances de risque et de leurs contributions de compensation des années civiles correspondantes.</p> <p>⁴ Les prétentions des assureurs qui ont livré des données incorrectes à leur désavantage s'éteignent avec le refus de recalculer la compensation des risques en vertu des al. 1 et 2.</p> <p>⁵ Si les montants prévus à l'al. 3 sont des montants bagatelles, l'institution commune les déduit des frais d'administration.</p>	
<p>Art. 22</p> <p>¹ L'institution commune livre chaque année à l'OFSP:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. les données recueillies auprès des assureurs conformément à l'art. 6 afin de permettre le développement de la compensation des risques, l'analyse d'efficacité prévue à l'art. 17a, al. 2, LAMal et la tenue de statistiques; b. l'état des redevances de risque et des contributions de compensation calculées pour les assureurs, par canton et pour l'ensemble de la Suisse. <p>² Elle établit, après chaque calcul de la compensation des risques, une statistique:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. sur la base du premier ensemble de données visé à l'art. 6, al. 2: <ol style="list-style-type: none"> 1. des taux de redevance et de contribution dans les groupes de risque, par canton, 2. des suppléments pour PCG, 3. des facteurs de renchérissement par canton, 4. de l'allègement des assureurs par jeune adulte, par canton, 5. de la charge financière des assureurs par assuré âgé de 26 ans et plus, découlant de la répercussion des parts qui incombent aux assureurs pour le financement de l'allègement, par canton; b. sur la base des données des deux ensembles de données visés à l'art. 6, al. 2: <ol style="list-style-type: none"> 1. des mois d'assurance, des prestations brutes et des participations aux coûts, par groupe de risque et par canton, d'une part, et pour l'ensemble de la Suisse, d'autre part, 2. des mois d'assurance, des prestations brutes et des participations aux coûts, par PCG pour l'ensemble de la Suisse, 3. des mois d'assurance, des prestations brutes et des participations aux coûts des assurés qui sont attribués à un PCG, par groupe de risque et par PCG, pour l'ensemble de la Suisse, 4. des mois d'assurance, des prestations brutes et des participations aux coûts des assurés qui ne sont pas attribués à un PCG, par groupe de risque, pour l'ensemble de la Suisse, 	<p><i>Art. 22, al. 1, 2, let. b, ch. 1 à 4 et c, et al. 6, let. c et d</i></p> <p>¹ L'institution commune livre chaque année à l'OFSP:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. les données recueillies auprès des assureurs conformément aux art. 6 et 6a, al. 1 à 4, afin de permettre le développement de la compensation des risques, l'analyse d'efficacité prévue à l'art. 17a, al. 2, LAMal et la tenue de statistiques; b. l'état des redevances de risque et des contributions de compensation calculées pour les assureurs, par canton, pour leurs assurés résidant en Suisse; c. les montants calculés conformément à l'art. 18f, al. 2 pour les assureurs, pour: <ol style="list-style-type: none"> 1. leurs assurés résidant en Allemagne, 2. leurs assurés résidant en France, 3. leurs assurés résidant dans tous les autres États de résidence. <p>² Elle établit, après chaque calcul de la compensation des risques, une statistique:</p> <ol style="list-style-type: none"> b. sur la base des données des deux ensembles de données visés à l'art. 6, al. 2: <ol style="list-style-type: none"> 1. des mois d'assurance, des prestations brutes, des participations aux coûts et de la contribution cantonale, par groupe de risque et par canton, d'une part, et pour l'ensemble de la Suisse, d'autre part, 2. des mois d'assurance, des prestations brutes, des participations aux coûts et de la contribution cantonale, par PCG pour l'ensemble de la Suisse, 3. des mois d'assurance, des prestations brutes, des participations aux coûts et de la contribution cantonale des assurés qui sont attribués à un PCG, par groupe de risque et par PCG, pour l'ensemble de la Suisse,

<p>5. des mois d'assurance des assurés qui sont répartis dans au moins un autre PCG, par PCG, pour l'ensemble de la Suisse,</p> <p>6. du nombre d'assurés affiliés pendant 13 mois ou plus, en indiquant le nom et le numéro d'identification de l'assureur, par canton,</p> <p>7. du nombre d'assurés qui, lors de deux années consécutives, sont affiliés chaque année pendant 13 mois ou plus, en indiquant le nom et le numéro d'identification de l'assureur, par canton.</p> <p>^{2bis} Les groupes de risque composés d'assurés comptant ensemble moins de 120 mois d'assurance ne sont pas indiqués dans la statistique.</p> <p>³ Elle établit chaque année un rapport sur la gestion de la compensation des risques.</p> <p>⁴ La statistique et le rapport sont publiés chaque année, le 10 juin au plus tard.</p> <p>⁵ ...</p> <p>⁶ Pour les besoins du calcul des primes des jeunes adultes, l'institution commune publie chaque année, le 10 juin au plus tard, les données suivantes concernant les enfants, livrées en vertu de l'art. 6 sous forme agrégée, par sexe et par indication d'un séjour dans un hôpital au cours de l'année précédente:</p> <p>a. mois d'assurance, par canton et pour l'ensemble de la Suisse;</p> <p>b. prestations brutes, par canton et pour l'ensemble de la Suisse;</p> <p>c. participations aux coûts, par canton et pour l'ensemble de la Suisse.</p>	<p>4. des mois d'assurance, des prestations brutes, des participations aux coûts et de la contribution cantonale des assurés qui ne sont pas attribués à un PCG, par groupe de risque, pour l'ensemble de la Suisse;</p> <p>c. sur la base des données visées à l'art. 6a:</p> <p>1. des mois d'assurance, par canton, pour l'Allemagne, pour la France et pour tous les autres États de résidence,</p> <p>2. de la somme des montants visés à l'art. 18f, al. 2, par canton, pour l'Allemagne, pour la France et pour tous les autres États de résidence,</p> <p>3. de la somme des contributions de compensation visées à l'art. 18g, al. 3, et de la somme des redevances de risque visées à l'art. 18g, al. 4, par canton.</p> <p>⁶ Pour les besoins du calcul des primes des jeunes adultes, l'institution commune publie chaque année, le 10 juin au plus tard, les données suivantes concernant les enfants, livrées en vertu de l'art. 6 sous forme agrégée, par sexe et par indication d'un séjour dans un hôpital au cours de l'année précédente:</p> <p>c. participations aux coûts, par canton et pour l'ensemble de la Suisse;</p> <p>d. contribution cantonale, par canton.</p>
<p>Art. 23 Frais d'administration</p> <p>¹ Les assureurs supportent les frais d'administration liés à la compensation des risques proportionnellement au nombre des affiliés dans leur effectif d'assurés au sens de l'art. 9.</p> <p>² Sont notamment réputés frais d'administration liés à la compensation des risques:</p> <p>a. les frais d'administration incombant à l'institution commune pour l'exécution de la compensation des risques;</p>	<p><i>Art. 23, al. 1</i></p> <p>¹ Les assureurs supportent les frais d'administration liés à la compensation des risques proportionnellement au nombre des affiliés dans leur effectif d'assurés.</p> <p>.</p>

<p>b. les coûts pour la révision des décomptes et du trafic des paiements dans la compensation des risques;</p> <p>c. les coûts des contrôles effectués auprès d'un échantillon d'assureurs au sens de l'art. 8, al. 3.</p>	
<p>Art. 24 Fonds</p> <p>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 finals. 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, ou pour payer les intérêts négatifs générés.</p> <p>² Si les intérêts accumulés excèdent 500 000 francs, l'institution commune déduit le surplus lors de la facturation des frais d'administration aux assureurs, au prorata de leur participation à la compensation des risques de l'année précédente.</p> <p>³ L'institution commune édicte un règlement du fonds.</p>	<p><i>Art. 24</i></p> <p><i>Abrogé</i></p>
<p>Art. 28 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre</p> <p>¹ L'institution commune peut facturer à l'assureur qui ne satisfait pas à son obligation de livrer les données nécessaires ou de payer ce qu'il doit, ou qui livre des données incorrectes, les frais supplémentaires qui en résultent.</p> <p>² L'OFSP peut retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à l'assureur qui, malgré l'avertissement écrit de l'institution commune, manque de manière répétée à son obligation de livrer les données nécessaires ou de payer ce qu'il doit.</p>	<p><i>Art. 28, al. 2</i></p> <p>² Ne concerne que le texte allemand.</p>
	<p><i>Art. 32b Dispositions transitoires relatives à la modification du...</i></p> <p>¹ L'ancien droit s'applique à la livraison des données par les assureurs en 2028 pour la compensation des risques de l'année de compensation 2027 et pour le calcul de la compensation des risques de l'année de compensation 2027.</p> <p>² Les statistiques visées à l'art. 22, al. 2, let. c doivent être établies pour la première fois en 2029 pour la compensation des risques de l'année de compensation 2028.</p>