

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, janvier 2013

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 | Contrôle des données; Rapport de l'organe de révision..... | 5 |
| 4 | Commentaire des dispositions | 5 |
| | Groupes de risque (art. 2) | 5 |
| | Prise en compte du risque de maladie élevé (art. 2a) | 5 |
| | Prestations nettes (art. 3)..... | 6 |
| | Effectifs des assurés (art. 4) | 6 |
| | Différences moyennes de risque (art. 5)..... | 7 |
| | Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation (art. 6) | 7 |
| | Procédure appliquée pour les assurés qui changent d'assureur (art. 6a) | 8 |
| | Provisions (art. 6b) | 8 |
| | Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques (art. 7) | 9 |
| | Remise des données (art. 10)..... | 9 |
| | Contrôle des données (art. 11) | 9 |
| | Délais de paiement (art. 12)..... | 10 |
| | Fonds (art. 13)..... | 11 |
| | Disposition transitoire..... | 11 |
| | Entrée en vigueur | 11 |
| 5 | Annexe : calendrier de la compensation des risques 2014 | 12 |

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 conglomérats 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 risque. 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.

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 risque 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 risque 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 risque et l'effectif total pour l'année t.
- En multipliant les nouveaux effectifs des groupes de risque 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 risque. 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 risque 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.
- 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 Contrôle des données; Rapport de l'organe de révision

Le DFI propose de compléter par la même occasion l'art. 11 OCoR. Depuis que la compensation des risques tient compte, en plus des critères de l'âge et du 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 encore plus précis que précédemment. Le rapport remis par l'organe de révision sur l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies revêt une importance capitale. L'étendue et le niveau des vérifications entreprises jusqu'ici doivent être en tous cas maintenus. 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 les vérifications que les organes de révision doivent entreprendre ». Cette mesure contribue à ce que 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 soient garantis.

4 Commentaire des dispositions

Remplacement d'un terme

Il s'agit en l'occurrence d'une directive générale nécessaire pour des raisons de technique législative.

Préambule

L'art. 105 LAMal ne doit plus être mentionné en préambule dans la mesure où il n'est plus en vigueur.

Groupes de risque (art. 2)

Cet article ne subit aucune modification matérielle. Il ne s'agit que de saisir l'occasion de remplacer dans la version française la notion de "groupes de risques" par celle de "groupes de risque" dans le titre et à l'al. 1. Cette écriture sera employée dans toute l'OCoR et correspond à la loi (dispositions transitoires à la modification du 21 décembre 2007 [compensation des risques], ch. 2/2, al. 1).

Prise en compte du risque de maladie élevé (art. 2a)

Al. 2

La disposition en vigueur qui contient la référence à "dans un hôpital ou un établissement médico-social en Suisse selon l'art. 39 de la loi" est imprécise. Les hôpitaux avec lesquels les assureurs ont conclu des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 49a, al. 4, LAMal doivent être aussi pris en compte. Après que l'institution commune LAMal a édicté une directive correspondante à l'égard des assureurs, les hôpitaux dits conventionnés ont déjà été pris en considération jusqu'ici. La précision correspondante figurant désormais aussi dans l'ordonnance facilite l'application uniforme par tous les assureurs.

L'expression "en Suisse" ne figure dorénavant plus à l'al. 2 parce qu'elle n'est pas nécessaire. Seuls les séjours dans des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux qui remplissent les conditions des lettres a et b doivent être pris en compte lors de la détermination de l'existence d'un risque de maladie élevé. Les institutions à l'étranger ne remplissent pas les conditions des lettres a et b. La seule exception qui doit être mentionnée, ce sont les fournisseurs de prestations étrangers dans les zones frontalières qui fournissent des prestations à des assurés résidant en Suisse dans le cadre des projets pilotes selon l'art. 36a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) lesquelles sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 36a OAMal, qui exige la conclusion d'une convention tarifaire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations étrangers (al. 3, let. f, ch. 1) précise

que ces fournisseurs de prestations doivent respecter des exigences similaires à celles que doivent respecter les fournisseurs de prestations selon la LAMal (art. 36a, al. 3, let. e, OAMal). Dans la mesure où les prestations fournies dans le cadre des projets pilotes sont des prestations qui auraient dû, en application de l'art. 34 LAMal, être fournies en Suisse, il n'y a pas de justification pour les exclure dans le calcul de la compensation des risques, ce qui signifie que ces séjours doivent être pris en compte lors de la détermination de l'existence d'un risque de maladie élevé. L'institution commune LAMal adaptera en conséquence sa documentation.

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.

Effectifs des assurés (art. 4)

Al. 2^{bis} let. d

Le Conseil fédéral a adopté le 2 novembre 2011 une modification de l'OCoR qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013 et qui s'applique à la compensation des risques 2013, ainsi qu'à celle des années suivantes. Selon la teneur de l'art. 4, al. 2^{bis}, let. d, les assurés visés aux art. 4 et 5 OAMal (travailleurs détachés et personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger) ne doivent pas être pris en considération dans les effectifs des assurés selon l'al. 1. Cette formulation nécessite une précision.

Parmi les assurés visés aux art. 4 et 5 OAMal, il existe d'une part des personnes qui ont conservé leur domicile civil en Suisse. Les assureurs-maladie sont tenus de percevoir auprès de ces personnes une prime suisse (prime pour les assurés domiciliés en Suisse). L'on part du principe que ces assurés se font en majorité traiter médicalement en Suisse. D'autre part, il existe aussi des assurés visés aux art. 4 et 5 OAMal qui transfèrent leur domicile civil dans un Etat UE/AELE ou dans un Etat tiers. L'assureur-maladie doit percevoir auprès de ces personnes la prime UE/AELE ou une prime spéciale pour

les assurés qui sont domiciliés dans un Etat tiers lorsque les assureurs sont libres d'offrir une telle prime spéciale. L'intention n'a jamais été de ne pas prendre en compte dans la compensation des risques les assurés visés aux art. 4 et 5 OAMal lorsqu'une prime suisse est perçue auprès d'eux. Ce qui est fréquemment le cas pour ces groupes de personnes. Exempter ces assurés de la compensation des risques constituerait une atteinte au principe de solidarité vis-à-vis des assurés domiciliés en Suisse qui sont intégrés dans les effectifs des assurés. Il convient de mentionner en outre que certains assureurs-maladie ne séparent pas clairement les travailleurs détachés et les personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger des autres assurés. C'est pourquoi, seule une telle application de cette disposition permet une exécution uniforme de la compensation des risques par les assureurs.

Afin de prévenir de fausses interprétations, l'on saisit l'occasion de préciser dans cette révision l'art. 4, al. 2^{bis}, let. d, par le complément suivant: "...pour autant qu'ils ne s'acquittent pas d'une prime pour les assurés domiciliés en Suisse."

Al. 3

L'al. 3 doit être abrogé. Les dispositions correspondantes règlent la démarche avec les nouveaux assureurs pour le calcul de la compensation des risques provisoire. Dans la mesure où de tels assureurs ne disposent d'aucun effectif d'assurés de l'année précédente, l'institution commune LAMal prend en compte chez l'assureur dans ces cas l'effectif au moment où il commence à pratiquer l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, dans le droit en vigueur, les nouveaux assureurs peuvent déjà être inclus dans le calcul de la compensation des risques provisoire. En raison de la suppression de la compensation des risques provisoire, cette disposition n'a plus de raison d'être et en conséquence est abrogée.

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 risque 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 risque (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 selon l'al. 1 ».

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.

Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques (art. 7)

Al. 3

Déjà actuellement, l'institution commune LAMal établit et publie une statistique pour chaque calcul de la compensation des risques définitive. Il est désormais précisé à l'art. 7, al. 3, que l'institution commune LAMal publie également une statistique sur la base de la première remise des données des assureurs, laquelle est déjà effectuée pour chaque compensation des risques dans l'année de compensation mais qui, en raison de la suppression de la compensation des risques provisoire, ne porte plus sur les redevances en faveur des assureurs ni sur les contributions de compensation. Ces données seront nécessaires pour que les assureurs puissent budgétiser la compensation des risques lors du calcul des primes pour l'année suivante.

Remise des données (art. 10)

Al. 1

Le terme de « coûts » appliqué actuellement est remplacé par celui, pertinent, de « prestations brutes » et il est défini entre parenthèses. Dans la version française, la notion de "groupe(s) de risques" a été remplacée par celle de "groupe(s) de risque". Ces dispositions n'ont 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.

A cette occasion, le terme "traité(e)s" a été remplacé par celui de "décompté(e)s" dans la version française.

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. 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. 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. Il est donc utile qu'à l'avenir, l'OFSP puisse édicter des directives concernant les vérifications que les organes de révision doivent entreprendre et au besoin fixer une norme de contrôle. Celle-ci n'est cependant pas définie au niveau de l'ordonnance, afin de maintenir la souplesse nécessaire. L'objectif visé par la nouvelle disposition est d'assurer l'efficacité des contrôles et la pertinence des rapports des organes de révision. 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*).

Al. 7

Cet alinéa reprend le texte de l'actuel art. 12, al. 8.

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 2014

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 risque 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 risque pour la 2 ^e remise de données. | |