

Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR¹)

du 12 avril 1995 (Etat le 1^{er} janvier 2012)

Le Conseil fédéral suisse,

vu les art. 18 et 105 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (loi)²,

vu la disposition transitoire de la modification du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (compensation des risques) (ch. II/1)^{3,4}

arrête:

Art. 1 Etendue de la compensation des risques

¹ La compensation des risques s'applique à l'assurance obligatoire des soins, y compris aux formes particulières d'assurance visées aux art. 41, al. 4, et 62 de la loi.⁵

² L'ensemble des assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins doit livrer les données nécessaires à la compensation des risques.

Art. 2⁶ Groupes de risques

¹ Pour la compensation des risques, les assurés sont répartis en groupes de risques selon les critères suivants:

- a. âge;
- b. sexe;
- c. existence d'un risque de maladie élevé selon l'art. 2a.

² L'attribution aux groupes d'âge s'effectue d'après l'année de naissance des assurés. 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.

RO 1995 1371

¹ Abréviation introduite par le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 1841).

² RS 832.10

³ RO 2009 4755

⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 6163).

⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

Art. 2a⁷ Prise en compte du risque de maladie élevé

¹ Le critère déterminant le risque de maladie élevé est le séjour d'au moins trois nuits consécutives dans un hôpital ou un établissement médico-social.

² 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 des prestations de l'assurance obligatoire des soins aient été accordées pour le séjour en question.

³ Le séjour en cas de maternité selon l'art. 29, al. 2, let. b, de la loi n'est pas pris en compte.

⁴ Pour l'attribution du séjour à une année civile, la date de traitement est déterminante. Si le séjour 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. Un séjour de trois à cinq nuits qui se poursuit au-delà d'une année civile est compté dans l'année pour laquelle le plus grand nombre de nuits ont été effectuées; si deux nuits ont été effectuées lors de chaque année, le séjour est compté dans l'année d'admission.

Art. 3 Coûts moyens

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

- a. les coûts moyens par assuré âgé de 18 ans ou plus (moyenne générale);
- b.⁸ les coûts moyens par assuré de chaque groupe de risques (moyenne du groupe).

² Sont déterminants pour le calcul des coûts moyens les coûts pris en charge pour tous les assurés d'un canton dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, déduction faite des participations aux coûts.

³ Pour éviter des écarts importants lors d'une comparaison régionale, ou sur une période déterminée, de l'évolution des coûts moyens déterminants, le Département fédéral de l'intérieur (département) peut procéder à un lissage qui se fonde sur des principes statistiques reconnus.⁹

Art. 4 Effectifs des assurés

¹ Est déterminant pour calculer les effectifs des assurés d'un assureur le nombre de leurs mois d'assurance.

² Les assurés résidant à l'étranger et dont le lieu de travail se situe en Suisse (frontaliers) sont attribués au canton dans lequel ils exercent leur activité lucrative. Les membres de leur famille qui n'exercent pas d'activité lucrative sont attribués au

⁷ Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

même canton. Les assurés visés aux art. 4 et 5 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)¹⁰ sont attribués au canton dans lequel ils avaient leur dernière résidence ou dans lequel l'assureur a son siège. 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 rhénans¹¹ sont attribués au canton dans lequel l'assureur a son siège.¹²

^{2bis} Ne sont pas pris en considération dans les effectifs visés à l'al. 1:

- a. les personnes résidant à l'étranger et assurées sur une base contractuelle conformément aux art. 7a et 132, al. 3, OAMal;
- b.¹³ les assurés visés à l'art. 1, al. 2, let. d et e, OAMal, exception faite des frontaliers exerçant une activité lucrative en Suisse et des membres de leur famille;
- c.¹⁴ 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.¹⁵

³ Sont déterminants pour les nouveaux assureurs, les effectifs de leurs assurés au moment où ils commencent à pratiquer l'assurance obligatoire des soins, tant que les données prévues aux al. 1 et 2 ne sont pas connues. Les assureurs qui changent de forme juridique ne sont pas considérés comme de nouveaux assureurs dans le cadre de la compensation des risques.¹⁶

Art. 5¹⁷ Différences moyennes de risque

¹ 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.

² 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.

¹⁰ RS **832.102**

¹¹ RS **0.831.107**

¹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO **2002** 925).

¹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 mai 2002 (RO **2002** 1640).

¹⁴ Introduite par le ch. I de l'O du 8 nov. 2006 sur la modification d'ordonnances liée à l'entrée en vigueur partielle des modifications du 16 déc. 2005 de la loi sur l'asile, de la LF sur l'assurance-maladie et de la LF sur l'assurance-vieillesse et survivants, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO **2006** 4739).

¹⁵ Introduit par le ch. I de l'O du 15 juin 1998 (RO **1998** 1841). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 (RO **2002** 925).

¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO **2004** 5079).

¹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2009** 4761).

Art. 6 Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation¹⁸

¹ 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.¹⁹

^{1bis} Les coûts déterminants sont fixés sur la base de la date de traitement.²⁰

² 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.²¹

^{2bis} 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. Le relevé d'informations relatives à ces séjours auprès de l'assureur précédent ne peut cependant avoir lieu qu'au plus tôt lors de la remise de l'attestation d'affiliation à l'assureur précédent.²²

^{2ter} L'assureur précédent est tenu d'annoncer à l'assureur suivant les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social de l'année précédente.²³

¹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 1841).

¹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²⁰ Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²² Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²³ Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²quater Lorsqu'un assuré a changé d'assureur au cours d'une année civile, chaque assureur doit annoncer à l'assureur ultérieur les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social qui sont survenus jusqu'au changement.²⁴

³ 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.²⁵

⁴ Les données des assureurs auxquels l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale a été retirée au cours de l'année précédant l'année de compensation ne sont pas prises en compte dans le calcul provisoire de la compensation. Font exception les données des caisses qui ont été dissoutes et dont la fortune et l'effectif des assurés ont été transférés par contrat à un autre assureur selon l'art. 11 de la loi.²⁶

Art. 6a²⁷ Provisions

Les assureurs sont tenus de constituer, chaque année, les provisions nécessaires au paiement des redevances de risque. A cette fin, ils prennent en compte, notamment:

- a. les modifications d'effectifs des groupes de risques selon l'art. 5;
- b. les modifications des coûts moyens selon l'art. 3.

Art. 7 Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques²⁸

1 ...²⁹

² 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'Office fédéral de la santé publique (OFSP) les documents relatifs aux calculs ainsi que le solde par assureur, par canton et pour toute la Suisse.³⁰

³ Elle établit une statistique des assurés et des coûts de l'assurance obligatoire des soins dans les cantons et la met à disposition de la Confédération, des cantons, des assureurs et de leurs associations. Les frais occasionnés par l'établissement de cette statistique sont à la charge de l'institution commune. La statistique peut également être remise à d'autres milieux intéressés.

²⁴ Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5079). Voir aussi la disp. fin. de cette modification à la fin du présent texte.

²⁷ Introduit par le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 1841).

²⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

²⁹ Abrogé par le ch. I de l'O du 26 août 2009, avec effet au 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

³⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

⁴ L'institution commune établit un rapport annuel sur la gestion de la compensation des risques.

⁵ Le contenu du rapport et de la statistique est déterminé conjointement par l'institution commune et l'OFSP³¹. L'institution commune publie chaque année les deux documents.

Art. 8 Analyse des effets

L'OFSP procède, avec les milieux spécialisés de l'assurance-maladie, à une étude scientifique. Doivent notamment être étudiés les effets de la compensation des risques sur l'évolution des coûts auprès de chaque assureur et sur le droit des assurés de changer d'assureur. L'OFSP fixe les modalités techniques de l'étude. Il peut recourir à un institut scientifique pour les travaux de recherche et l'évaluation des résultats de l'étude.

Art. 9³² Frais d'administration

¹ Les assureurs supportent les frais d'administration liés à la compensation des risques proportionnellement au nombre de leurs affiliés à l'assurance obligatoire des soins.

² Sont notamment réputés frais d'administration liés à la compensation des risques:

- a. les frais d'administration incombant à l'institution commune pour l'exécution de la compensation des risques;
- b. les coûts pour la révision des décomptes et du trafic des paiements dans la compensation des risques;
- c. les coûts des enquêtes effectuées auprès d'un échantillon d'assureurs conformément à l'art. 11, al. 2.³³

Art. 10 Remise des données³⁴

¹ 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.³⁵

³¹ La désignation de l'unité administrative a été adaptée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RS 170.512.1). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

³² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5079).

³³ Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 6163).

³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

³⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2009 4761).

² Les données doivent être transmises à l'institution commune jusqu'à fin avril de l'année de compensation et de celle qui la suit.³⁶

^{2bis} La remise des données doit prendre en compte les prestations traitées, les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social connus des assureurs et les changements dans les effectifs d'assurés, survenus jusqu'à deux mois avant le délai de remise, qui concernent l'année civile déterminante pour le relevé des données.³⁷

³ Lorsque les assureurs annoncent une erreur dans la remise des données plus de 30 jours après la communication du solde selon l'art. 7, al. 2, l'institution commune peut refuser de recalculer la compensation des risques.³⁸

⁴ Le recalcul de la compensation des risques est exclu si l'annonce est faite plus de 2 ans après l'expiration du délai prévu à l'al. 3.³⁹

Art. 11⁴⁰ Contrôle des données

¹ Les organes de révision des assureurs remettent à l'institution commune un rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies.

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 fournies selon l'art. 10 au moyen d'enquêtes effectuées auprès d'un échantillon d'assureurs.⁴¹

³ Les assureurs supportent eux-mêmes les coûts que leur occasionnent les enquêtes auprès d'un échantillon d'assureurs.⁴²

Art. 12⁴³ Délais de paiement

¹ Pour la compensation des risques de chaque année de compensation, doivent être versés:

- a. un acompte;
- b. un versement qui résulte du calcul provisoire selon l'art. 6, al. 2;
- c. un versement qui résulte du calcul définitif selon l'art. 6, al. 3.

³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 1841).

³⁷ Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2009** 4761).

³⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO **2001** 140).

³⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2006 (RO **2005** 5643).

⁴⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 1841).

⁴¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2010** 6163).

⁴² Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2010** 6163).

⁴³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 1841).

² L'acompte s'élève à un tiers de la redevance de risque ou de la contribution de compensation calculée provisoirement pour l'année précédant l'année de compensation. Il doit être versé:

- a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à la compensation des risques: jusqu'au 15 février de l'année de compensation;
- b. pour les contributions de compensation versées par la compensation des risques aux assureurs: jusqu'au 15 mars de l'année de compensation.⁴⁴

³ Les paiements qui résultent du calcul provisoire de la compensation des risques doivent être versés:

- a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à la compensation des risques: jusqu'au 15 août de l'année de compensation;
- b. pour les contributions de compensation versées par la compensation des risques aux assureurs: jusqu'au 15 septembre de l'année de compensation.

⁴ Les paiements qui résultent du calcul définitif de la compensation des risques doivent être versés:

- a. pour les redevances de risque versées par les assureurs à la compensation des risques: jusqu'au 15 novembre de l'année qui suit l'année de compensation;
- b. pour les contributions de compensation versées par la compensation des risques aux assureurs: jusqu'au 15 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.

⁵ Les paiements dus aux assureurs doivent être effectués par l'institution commune même si les assureurs n'ont pas encore tous effectué leurs paiements en faveur de la compensation des risques. Si des paiements n'ont pas été effectués à la date d'échéance, l'institution commune peut procéder aux paiements en se fondant sur les redevances de risque versées. Les contributions de compensation dues doivent être versées après réception de celles-ci et augmentées de l'intérêt moratoire prévu à l'al. 8.⁴⁵

⁶ La compensation des créances et des dettes des assureurs entre différentes compensations des risques (provisoires et définitives ou d'années différentes) n'est pas autorisée. N'est de même pas autorisée la compensation des créances et des dettes entre différents assureurs. La compensation des créances et des dettes entre différents assureurs en cas de fusion ultérieure de ceux-ci est réservée.

⁷ Dans le cadre du calcul provisoire par rapport au calcul définitif, un intérêt est perçu sur les montants payés en trop ou en moins. Les intérêts sont calculés en fonction des délais de versement et de réception des montants pour la compensation des risques provisoire et définitive et en fonction des montants effectivement versés ou perçus. L'institution commune fixe le taux d'intérêt d'après les taux usuels du marché. Elle verse et elle reçoit les intérêts jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit l'année de compensation.

⁴⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004 (RO 2004 5079).

⁴⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 140).

⁸ Les assureurs qui ne s'acquittent pas à temps des montants dus doivent verser à l'institution commune un intérêt moratoire au taux annuel de 6 %.⁴⁶

Art. 12a⁴⁷ Remise de données incorrectes⁴⁸

¹ Même après avoir refusé de recalculer la compensation des risques visée à l'art. 10, al. 3 et 4, l'institution commune peut facturer aux assureurs qui lui ont fourni des données incorrectes à leur avantage un montant correspondant à l'avantage retiré. Ce montant sera réparti entre les autres assureurs au prorata de leur participation (redevances et contributions) à la compensation des risques correspondante.

² Les prétentions des assureurs qui ont fourni des données incorrectes à leur désavantage s'éteignent avec le refus de recalculer selon l'art. 10, al. 3 et 4.

³ Si les montants prévus à l'al. 1 sont des montants bagatelles, l'institution commune peut les verser en même temps que les intérêts selon l'art. 13a.⁴⁹

Art. 13⁵⁰ Fonds

¹ Avec les intérêts qui s'accumulent en raison de l'écart des délais prévus entre le versement et la perception des paiements de la compensation des risques provisoire (y compris l'acompte) et définitive, un fonds est approvisionné jusqu'à ce qu'il atteigne un montant maximal de 500 000 francs. Des capitaux de ce fonds sont utilisés par l'institution commune pour pouvoir verser les contributions de compensation à l'échéance sans réduction en cas de retard de paiement de peu d'importance. Le fonds sera remboursé aux assureurs après la suppression de la compensation des risques.

² L'institution commune édicte un règlement du fonds. Celui-ci règle notamment l'utilisation des capitaux et le versement de ceux-ci aux assureurs en cas de suppression de la compensation des risques. Le règlement nécessite l'approbation du département.

Art. 13a⁵¹ Produit des intérêts

Les intérêts qui s'accumulent dépassant le montant de 500 000 francs sont versés aux assureurs. Le montant des intérêts rémunérateurs est déterminé sur la base du volume de la participation de l'assureur à la compensation des risques de l'année précédente. L'institution commune verse les revenus d'intérêts de l'année précédente chaque année jusqu'à fin septembre au plus tard.

⁴⁶ Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 140).

⁴⁷ Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2006 (RO 2005 5643).

⁴⁸ Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 6163).

⁴⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 6163).

⁵⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 1841).

⁵¹ Introduit par le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 1841).

Art. 14 Protection des données

¹ L'institution commune est tenue, sauf à l'égard de l'OFSP et de ses propres organes de révision, de garder le secret sur les données qui permettent de déceler l'identité de l'assureur. Les tiers chargés de traiter les données sont également tenus de garder le secret sur celles-ci.⁵²

² Les données réunies ne doivent être utilisées que pour procéder à la compensation des risques et pour établir la statistique.

Art. 15 Procédure et voies de droit

¹ En cas de litige sur l'exécution de la compensation des risques entre un assureur et l'institution commune, celle-ci rend une décision au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative⁵³.

² ...⁵⁴

Art. 16 Facturation des frais supplémentaires et mesures d'ordre⁵⁵

¹ L'institution commune peut facturer aux assureurs qui manquent à leur obligation de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'ils doivent, ou qui fournissent des données incorrectes, les frais supplémentaires qui en résultent.⁵⁶

² L'OFSP peut proposer au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à un assureur qui, après sommation de l'OFSP, ne participe pas à la compensation des risques. Il en va de même lorsque, après sommation de l'institution commune, l'assureur viole de manière répétée l'obligation qui lui est faite de remettre les données nécessaires ou de payer ce qu'il doit à l'institution commune.

Art. 17 Dispositions finales

¹ L'ordonnance IX du 31 août 1992⁵⁷ sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques entre les caisses-maladie (ordonnance IX) est abrogée.

² et ³ ...⁵⁸

⁴ La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 1996 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2005.

⁵² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 6163).

⁵³ RS 172.021

⁵⁴ Abrogé par le ch. II 96 de l'O du 8 nov. 2006 portant adaptation d'ordonnances du Conseil fédéral à la révision totale de la procédure fédérale, avec effet au 1^{er} janv. 2007 (RO 2006 4705).

⁵⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 6163).

⁵⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 6163).

⁵⁷ [RO 1992 1738, 1993 2013]

⁵⁸ Abrogés par le ch. IV 52 de l'O du 22 août 2007 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 4477).

⁵ La durée de validité de la présente ordonnance est prolongée de 5 ans après l'expiration du délai prévu à l'al. 4.⁵⁹

⁶ La durée de validité de la présente ordonnance est prolongée jusqu'au 31 décembre 2011.⁶⁰

⁷ La durée de validité de cette ordonnance est prolongée jusqu'au 31 décembre 2017.⁶¹

Disposition finale de la modification du 15 juin 1998⁶²

Disposition finale de la modification du 3 décembre 2004⁶³

Disposition finale de la modification du 9 novembre 2005⁶⁴

La présente modification s'applique à la compensation définitive des risques à partir de l'année 2004.

Disposition transitoire de la modification du 26 août 2009⁶⁵

¹ 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 régi par le droit actuel.

² 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 26 août 2009.

⁵⁹ Introduit par le ch. I de l'O du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2006 (RO **2005** 5643).

⁶⁰ Introduit par le ch. I de l'O du 3 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2010** 6163).

⁶¹ Introduit par le ch. I de l'O du 26 août 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2009** 4761).

⁶² RO **1998** 1841. Abrogée par le ch. IV 52 de l'O du 22 août 2007 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 4477).

⁶³ RO **2004** 5079. Abrogée par le ch. IV 52 de l'O du 22 août 2007 relative à la mise à jour formelle du droit fédéral, avec effet au 1^{er} janv. 2008 (RO **2007** 4477).

⁶⁴ RO **2005** 5643

⁶⁵ RO **2009** 4761. En vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 pour l'al. 1 et depuis le 1^{er} janv. 2010 pour l'al. 2.

