



Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Guide pour la livraison des données 2019 nécessaires à la compensation des risques 2019

Les modifications par rapport au Guide pour le relevé des données en 2019 (données 2018) se trouvent aux chapitres 5.2.11 et 5.2.15 (marquées gris)

Remarque:

Tous les termes utilisés dans ce document qui se réfèrent à une personne (p. ex. « frontalière ») concernent aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIERES

	Page
1. Bases légales	3
2. Champ d'application	3
3. Données à fournir	3
3.1 Principe.....	3
3.2 Effectif des assurés.....	3
3.3 Coûts.....	5
3.4 Participation aux coûts.....	5
3.5 Somme pondérée des carrés des prestations nettes.....	6
3.6 Structure des données fournies.....	7
3.6.1 Age et sexe.....	7
3.6.2 Coûts des médicaments l'année précédente.....	7
3.6.3 Séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente.....	8
4. Ventilation des données entre les cantons et les groupes de risques	8
4.1 Attribution des assurés.....	8
4.2 Ventilation des coûts et des participations aux coûts.....	8
5. Traitement de cas spéciaux	9
5.1 Délimitation temporelle.....	9
5.1.1 Entrée de l'assuré durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.....	9
5.1.2 Sortie de l'assuré durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.....	9
5.1.3 Sortie et rentrée de l'assuré durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.....	9
5.1.4 Suspension de l'obligation de s'assurer.....	9
5.1.5 Prise en considération des mois d'assurance entamés.....	9
5.1.6 Changement de groupe d'âge durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.....	10
5.1.7 Changement d'attribution cantonale durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.....	11
5.1.8 A propos d'un séjour dans un hôpital ou un EMS se poursuivant au-delà de l'année civile.....	11
5.1.9 Prise en considération des mutations ultérieures.....	11
5.1.10 Prise en considération des données en cas de changement d'assureur.....	12
5.2 Délimitation factuelle.....	12
5.2.1 Rapports d'assurance régis par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).....	12

5.2.2	Assurés du Liechtenstein et des enclaves de Büsingen et Campione d'Italia.....	12
5.2.3	Assurés dont les primes sont réduites ou prises en charge.....	12
5.2.4	Non-paiement des primes par un assuré.....	12
5.2.5	Assurés HMO.....	13
5.2.6	Assurés accomplissant un service militaire.....	13
5.2.7	Paiements forfaitaires.....	14
5.2.8	Versement forfaitaire au Fonds chargé du suivi des donneurs vivants.....	15
5.2.9	Forfait pour franchise et quote-part.....	15
5.2.10	Subventions cantonales / indemnités d'allaitement.....	15
5.2.11	Séjours dans un hôpital pour cause de maternité.....	15
5.2.12	Séjours dans un hôpital ou un EMS financés par l'assurance complémentaire.....	16
5.2.13	Séjours dans un hôpital ou un EMS par suite d'accident.....	16
5.2.14	Séjours en milieu hospitalier à l'étranger.....	16
5.2.15	Séjours en milieu hospitalier en Suisse.....	17
5.2.16	Séjours dans un hôpital ou un EMS en cas de transfert.....	18
5.2.17	Assurés comptant plusieurs séjours dans un hôpital ou un EMS.....	18
5.2.18	Canton où se situe l'hôpital ou l'EMS.....	18
5.2.19	Séjours dans un hôpital répertorié ou conventionné.....	18
5.2.20	Séjours dans une clinique de nuit.....	18
6.	Personnes de contact.....	18
Annexe 1 :	Exemples de la prise en compte de séjours dans un hôpital ou un EMS.....	19
Annexe 2 :	Exemples de la saisie des données des assurés dans le tableau destiné au relevé des données.....	27
Annexe 3 :	Prise en compte des médicaments et des prestations pharmaceutiques pour déterminer les coûts des médicaments.....	30

1. Bases légales

Les art. 16, 16a, 17 et 17a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 constituent la base légale de la compensation des risques.

Les dispositions d'exécution de la compensation des risques sont réglées dans l'ordonnance sur la compensation des risques du 12 avril 1995 (OcoR).

2. Champ d'application

Selon l'art. 1, al. 1 OCoR, 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 LAMal.

3. Données à fournir

3.1 Principe

Pour la compensation des risques, les données à fournir concernent le **nombre des assurés** (en mois d'assurance), les **coûts** engendrés par ces assurés ainsi que les **participations aux coûts** payées par ces assurés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

Les données doivent toujours être fournies en **nombres entiers** (autrement dit sans positions comportant une virgule). Les données (mois d'assurance, coûts et participations aux coûts) doivent par conséquent être **arrondies** à zéro après la virgule, à l'intérieur des cantons **au niveau des groupes de risques**.

Selon l'art. 10, al. 2bis OCoR, la remise des données doit prendre en compte les prestations nettes **décomptées jusqu'à deux mois avant le délai de la remise**, ainsi que les coûts des médicaments l'année précédente, les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente, de même que les changements dans les effectifs d'assurés, qui concernent l'année civile déterminante pour le relevé des données.

Est donc déterminant pour la livraison des données en 2020 l'état des données au

29 février 2020

3.2 Effectif des assurés

Les personnes assurées en Suisse et résidant à l'étranger ne sont plus prises en considération dans les effectifs des assurés déterminants pour la compensation des risques. Dans les données à remettre jusqu'au 30 avril 2020 à l'Institution commune LAMal les assurés seront pris en considération comme suit:

Catégories d'assurés	A considérer	Attribution
Assurés résidant en Suisse ¹	Oui	Canton de résidence
<u>Exceptions:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour qui séjournent en Suisse et qui bénéficient de l'aide sociale (art. 105a LAMal). - Les personnes accomplissant un service militaire pour la durée de leur soumission (soumission pour plus de 60 jours consécutifs à l'assurance militaire). 	Non	
Assurés résidant de façon temporaire à l'étranger: travailleurs détachés (art. 4 OAMal) ² et personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger (art. 5 OAMal) ²		
<ul style="list-style-type: none"> • Domicile civil en Suisse (prélèvement d'une « prime CH ») 	Oui	Canton dans lequel ils ont leur domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Domicile civil à l'étranger (prélèvement d'une prime UE/AELE ou d'une autre « prime non CH ») 	Non	
Assurés résidant dans un Etat membre de l'UE, respectivement en Islande ou en Norvège		
<ul style="list-style-type: none"> • Lieu de travail en Suisse (frontaliers)³ 	Non	
<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires d'une prestation d'une assurance-chômage suisse³ 	Non	
<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires d'une rente suisse³ 	Non	
<ul style="list-style-type: none"> • Membres sans activité lucrative de la famille de personnes travaillant et résidant en Suisse 	Non	
<ul style="list-style-type: none"> • Bateliers rhénans³ 	Non	
<ul style="list-style-type: none"> • Lieu de résidence dans les enclaves de Büsingen (D) et de Campione d'Italia (I) 	Non	
Assurés résidant au Liechtenstein (avec ou sans lieu de travail en Suisse)	Non	

¹ Y compris les réfugiés reconnus (personnes au bénéfice d'une décision positive en matière d'asile) et les sans-papiers

² Ainsi que les membres de leurs familles qui les accompagnent

³ Y compris les membres de leurs familles sans activité lucrative

Dans la remise des données, **les mois d'assurance** de l'année civile déterminante pour le relevé des données dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins doivent être pris en considération (art. 4, al. 1 OCoR). Il n'est pas permis d'annoncer les effectifs des assurés un jour de référence (par exemple le 31 décembre).

Seuls les mois durant lesquels un **rapport d'assurance** a existé dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins peuvent être annoncés. Les mois pendant lesquels l'assurance obligatoire des soins a été suspendue ne doivent pas être pris en considération dans la remise des données.

3.3 Coûts

Les coûts bruts des prestations fournies durant l'année civile déterminante pour le relevé des données dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins doivent être annoncés à la compensation des risques (autrement dit la **date du traitement** est déterminante pour la répartition annuelle). Les prestations pour les assurés mentionnés au chapitre 3.2 qui ne doivent pas être pris en considération en sont exclues.

Au regard des conditions fixées aux articles 32 – 34, les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont réglées de manière exhaustive aux articles 25 à 31 LAMal. Les coûts doivent être indiqués avant déduction des participations aux coûts (autrement dit les coûts bruts doivent être indiqués). Les coûts des prestations dispensées au titre de l'assurance complémentaire ne doivent pas entrer dans les données fournies pour la compensation des risques.

Si le traitement s'est poursuivi au-delà de l'année civile, les coûts doivent être ventilés exactement entre les années civiles concernées (autrement dit pro rata temporis).

3.4 Participation aux coûts

La participation aux coûts se compose de la franchise, de la quote-part des coûts qui dépassent la franchise, ainsi que de la contribution de 15 francs par jour aux frais de séjour en cas d'hospitalisation (art. 104, al. 1 OAMal). Pour la participation aux coûts, il faut indiquer la participation aux coûts imposée globalement aux assurés en tenant compte des montants maximaux annuels de la quote-part (selon l'art. 103, al. 2 OAMal, 700 francs pour les adultes et 350 francs pour les enfants).

Pour la compensation des risques, les participations aux coûts de prestations AOS qui ont été fournies durant l'année civile déterminante pour le relevé des données doivent être annoncées. Pour leur attribution à une année civile, c'est la **date du traitement** qui est déterminante (art. 3, al. 2 OCoR). Les participations aux coûts de prestations fournies aux assurés mentionnés sous chapitre 3.2 qui ne doivent pas être pris en considération dans la compensation des risques en sont exclues.

Si le traitement s'est poursuivi au-delà de l'année civile, la participation aux coûts doit être ventilée exactement entre les années civiles concernées (autrement dit pro rata temporis).

3.5 Somme pondérée des carrés des prestations nettes

Pour toute livraison de données, il y a toujours lieu d'indiquer, pour chaque groupe d'assurances, la somme pondérée des carrés des prestations nettes des assurés qui en font partie.

Un exemple de paiement à ce propos:

Un assureur assure dans le canton de Zurich, dans le groupe des hommes de 19 à 25 ans, les assurés A et B. Les deux hommes n'ont eu l'année précédente aucun séjour à l'hôpital ou en EMS, et ils n'ont respectivement pas occasionné de coûts de médicaments dépassant 5'000 francs.

La somme pondérée des carrés des prestations nettes pour les groupes de risques en question sera calculée comme suit:

a	b	c	d	e	f (=e/b)	g (=f ²)	h (=b*g)
Assuré	Mois	Coûts bruts CHF	Participation aux coûts CHF	Prestations nettes CHF	Prestations nettes par mois CHF	Prestations nettes par mois au carré CHF	Mois * (prestations nettes par mois au carré) CHF
A	12	740	524	216	18	324	3'888
B	9	1'550	974	576	64	4'096	36'864
Total	21	2'290	1'498				40'752

↑
Somme pondérée des carrés des prestations nettes

Les données doivent être saisies comme suit dans le tableau destiné au relevé des données (données 2019):

BAG-Nr. No OFSP	Kanton Canton	Geburtsjahre Années de naiss.		Alter Age	Geschlecht Sexe	Arzneimittelkosten Coût des médicaments	Aufenthalt Séjour	Monate Mois	Coûts CHF	Kostenbeteiligung Particip. aux coûts CHF	Gewichtete Quadratsumme der Nettoleistungen Somme pondérée des carrés des prestations nettes CHF
		von/de	bis/à								
65	ZH	2000	1994	19-25	M / h	nein / non	nein / non	21	2'290	1'498	40'752

3.6 Structure des données fournies

Les données (mois d'assurance, coûts et participations aux coûts) doivent être remises à l'Institution commune LAMal réparties selon le canton et en vertu de l'art. 2 OCoR selon les critères suivants:

- Âge
- Sexe
- Coûts des médicaments l'année précédente (> CHF 5'000)
- Séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente (pour une durée minimale de trois nuits consécutives)

3.6.1 Age et sexe

Les données doivent être réparties selon le sexe et d'après les groupes d'âge suivants des assurés:

0 - 18	ans	46 - 50	ans	76 - 80	ans
19 - 25	ans	51 - 55	ans	81 - 85	ans
26 - 30	ans	56 - 60	ans	86 - 90	ans
31 - 35	ans	61 - 65	ans	91 ans et plus	
36 - 40	ans	66 - 70	ans		
41 - 45	ans	71 - 75	ans		

Le relevé des données des assurés âgés de 0 à 18 ans (enfants) n'est effectué qu'à des fins statistiques et pour des raisons de contrôle. Dans le calcul de la compensation des risques, seules les données des **assurés adultes** (19 ans et plus) sont prises en compte.

3.6.2 Coûts des médicaments l'année précédente

Pour chaque assuré, il faut examiner si les prestations brutes servies pour celui-ci au titre des médicaments l'année précédente dépassaient le montant de **CHF 5'000**. Les assurés pour lesquels tel est le cas sont pris en considération séparément dans la livraison des données.

Seuls peuvent être pris en compte les médicaments dont les coûts sont **pris en charge par l'AOS** et qui **ne sont pas compris dans un forfait selon art. 49, al. 1 LAMal**. S'agissant des médicaments remboursés par l'AOS ainsi que des prestations pharmaceutiques également à prendre en compte pour le relevé des coûts des médicaments, il faut impérativement observer **l'Annexe 3**.

Selon art. 2b, al. 2 OCoR, pour l'attribution des prestations brutes servies au titre des médicaments à l'année civile concernée, la **date de remise** des médicaments (soit la date de la remise effective du médicament par le prestataire à la personne assurée) est déterminante. Seules peuvent être prises en considération les prestations brutes de médicaments dont la date de remise se situe au cours de l'année civile déterminante pour le relevé ou des médicaments.

3.6.3 Séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente

Pour chaque assuré, il faut examiner s'il y a eu l'année précédente un séjour dans un hôpital ou un EMS dont la durée est **d'au moins trois nuits consécutives**. Les assurés ayant effectué un tel séjour doivent être pris en compte séparément dans la livraison des données.

Est à prendre en considération un séjour dans un hôpital ou un EMS selon art. 39 et 49a, al. 4 LAMal dans la mesure où, pour ce séjour, des prestations ont été fournies au titre de **l'AOS**.

Les séjours en milieu stationnaire à l'étranger ne sont pas à prendre en considération dans la livraison des données. Font cependant exception à cette règle les séjours en milieu stationnaire à l'étranger dans le cadre de programmes de collaboration transfrontalière (cf. chapitre 5.2.14).

Pour l'attribution des séjours stationnaires à une année civile, c'est la **date de traitement** qui est déterminante. Pour ce qui concerne la ventilation de séjours se poursuivant au-delà de l'année civile, le chapitre 5.1.8 doit être observé.

4. Ventilation des données entre les cantons et les groupes de risques

4.1 Attribution des assurés

Pour l'attribution des assurés **aux cantons**, nous renvoyons au chapitre 3.2.

L'attribution respective des assurés et des mois d'assurance aux groupes d'âge s'effectue d'après **l'année de naissance des assurés**. L'âge d'un assuré est calculé en soustrayant son année de naissance de l'année civile déterminante pour le relevé des données.

Pour l'attribution à un groupe de risques, outre la répartition par groupe d'âge, il faut aussi répartir les assurés par **sexe** (hommes/femmes). Il est également impératif d'indiquer si pour un assuré, des prestations brutes pour **médicaments** ont été fournies l'année précédente au-delà de CHF 5'000 (oui/non) et si un **séjour** dans un hôpital ou un EMS d'une durée d'au moins trois nuits consécutives a été effectué (oui/non) l'année précédente.

4.2 Ventilation des coûts et des participations aux coûts

C'est la **date du traitement** qui est déterminante pour la ventilation des coûts et des participations aux coûts entre les cantons respectifs. Les coûts et participations aux coûts des prestations fournies sont à attribuer au canton dans lequel l'assuré en question était domicilié au **moment du traitement**. Si l'assuré a **changé de canton de domicile** pendant la durée du traitement, c'est le canton de domicile au moment du **début du traitement** qui est déterminant pour la ventilation entre les cantons.

Les coûts et les participations aux coûts sont à attribuer aux divers cantons et groupes de risques en fonction de **ceux qui les ont occasionnés**. Une attribution linéaire ou autre **sans rapport avec les personnes** qui les ont causés **n'est pas admise**. Si le traitement s'est poursuivi **au-delà de l'année civile**, la participation aux coûts **doit être ventilée** exactement entre les années civiles concernées (autrement dit pro rata temporis).

5. Traitement de cas spéciaux

5.1 Délimitation temporelle

5.1.1 Entrée de l'assuré durant l'année civile déterminante pour le relevé des données

Seuls les mois d'assurance à partir de la **date du début de la couverture d'assurance** peuvent être pris en considération; autrement dit, seuls comptent les mois avec couverture d'assurance.

5.1.2 Sortie de l'assuré durant l'année civile déterminante pour le relevé des données

Seuls les mois d'assurance jusqu'à la **date de l'extinction de la couverture d'assurance** peuvent être pris en considération; autrement dit, seuls comptent les mois avec couverture d'assurance.

5.1.3 Sortie et rentrée de l'assuré durant l'année civile déterminante pour le relevé des données

Seuls les **mois avec couverture d'assurance** peuvent être pris en considération.

5.1.4 Suspension de l'obligation de s'assurer

Les mois pendant lesquels la couverture d'assurance est suspendue **ne peuvent pas être pris en considération** dans la remise des données. Seuls les **mois avec couverture d'assurance** peuvent être pris en considération.

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, la suspension de l'obligation de s'assurer n'est admise que pour des personnes qui sont assujetties pendant plus de 60 jours consécutifs à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur **l'assurance militaire** (cf. chapitre 5.2.6).

5.1.5 Prise en considération des mois d'assurance entamés

Les rapports d'assurance peuvent débuter ou se terminer au cours d'un mois civil (par ex. départ pour l'étranger, prise de domicile en Suisse, décès, suspension de l'obligation d'assurance pas suite d'assujettissement à l'assurance militaire, etc.).

Sur la base de **l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015** concernant la divisibilité de la prime de l'assurance obligatoire des soins maladie (9C_268/2015), les mois d'assurance entamés au début et à la fin de la couverture d'assurance doivent être pris en considération, comme suit, lors de la remise des données:

Pour chaque assuré, le nombre de jours avec couverture d'assurance des mois civils entamés est divisé par 30. Puis le nombre total des mois est calculé par assuré. Au niveau des groupes de risque, le total des mois est arrondi selon les règles commerciales (voir exemples ci-dessous).

Attention: L'arrête du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015 s'applique aux situations de début et de fin de la couverture d'assurance. Il ne s'applique pas aux changements de domicile à l'intérieur de la Suisse (respectivement changements du canton de domicile) car la couverture d'assurance ne cesse pas.

Exemple (diviseur = 30):

(Assurés A - E appartiennent chacun au groupe de risque X)

Assuré	Période d'assurance	Mois entiers	Nombre de jours avec couverture d'assurance en mois entamés	Mois entamés en décimales	Total mois
Assuré A	1.01. – 31.12.2019	12	0	0,000	12,000
Assuré B	1.01. – 15.02.2019	1	15	0,500 (15/30)	1.500
Assuré C	1.01. – 28.04.2019	3	28	0.933 (28/30)	3.933
Assuré D	1.01. – 30.06.2019	6	0	0,000	6.000
Assuré E	1.02. – 13.08.2019	6	13	0.433 (13/30)	6.433
Total mois					29.866
Total des mois à prendre en considération dans le groupe de risque X (arrondi selon règles commerciales)					30

Pour les assureurs qui ont programmé leurs systèmes de telle sorte que les mois entamés peuvent être calculés en décimales des divers assurés avec le **nombre total exact des jours des mois civils respectifs**, la procédure suivante est également admise:

Exemple (diviseur = nombre total exact des jours):

(Assurés A - E appartiennent chacun au groupe de risque X)

Assuré	Période d'assurance	Mois entiers	Nombre de jours avec couverture d'assurance en mois entamés	Mois entamés en décimales	Total mois
Assuré A	1.01. – 31.12.2019	12	0	0,000	12,000
Assuré B	1.01. – 15.02.2019	1	15	0,536 (15/28)	1.536
Assuré C	1.01. – 28.04.2019	3	28	0.933 (28/30)	3.933
Assuré D	1.01. – 30.06.2019	6	0	0,000	6.000
Assuré E	1.02. – 13.08.2019	6	13	0.419 (13/31)	6.419
Total mois					29.888
Total des mois à prendre en considération dans le groupe de risque X (arrondi selon règles commerciales)					30

5.1.6 Changement de groupe d'âge durant l'année civile déterminante pour le relevé des données

L'attribution de l'assuré à un groupe d'âge se fera compte tenu de son année de naissance (cf. chapitre 4.1). Ainsi, un changement de groupe d'âge durant l'année civile déterminante pour le relevé des données (qui pourrait se produire lors de l'attribution en fonction de la date de naissance exacte) n'a **aucune incidence** sur la remise des données.

5.1.7 **Changement d'attribution cantonale durant l'année civile déterminante pour le relevé des données**

Lors d'un changement de canton d'attribution (à la suite par exemple d'un changement de domicile), les **mois d'assurance** de l'assuré considéré doivent être **répartis précisément entre les cantons concernés** (toujours des mois entiers).

C'est la **date du traitement** qui est déterminante pour la ventilation des coûts et des participations aux coûts entre les cantons respectifs. Si l'assuré **a changé** de canton de domicile **en cours d'année** pendant la durée du traitement, c'est le canton de domicile de l'assuré au moment du **début du traitement** qui est déterminant pour la ventilation des coûts et des participations aux coûts entre les cantons (cf. également chapitre 4.2).

5.1.8 **A propos d'un séjour dans un hôpital ou un EMS se poursuivant au-delà de l'année civile**

Un séjour dans un hôpital ou un EMS peut se poursuivre **au-delà de l'année civile**. Sous l'art. 2c, al. 3 OCoR, la ventilation d'un séjour se poursuivant au-delà de l'année civile entre les années civiles est réglée comme suit:

- Un séjour d'une durée de **trois à cinq** nuits consécutives est compté dans l'année pour laquelle **le plus grand nombre** de nuitées ont été effectuées.
- Si **deux** nuits ont été effectuées lors de chaque année, le séjour est compté dans **l'année d'admission**.
- Lors d'un séjour d'une durée de **plus de 5 nuits**, la durée du séjour est comptée jusqu'à la fin de l'année civile. La durée restante du séjour concernant la nouvelle année civile est comptée dans cette dernière.

La nuit du 31 décembre au 1er janvier est toujours attribuée à **l'année d'admission** dans l'établissement.

5.1.9 **Prise en considération des mutations ultérieures**

Selon art. 10, al. 2 OCoR, les assureurs-maladie remettent toujours leurs données de l'année précédente à l'Institution commune LAMal **jusqu'au 30 avril**. Même **après la fin d'une année civile, des mutations** sont encore effectuées par les assureurs-maladie dans leurs données de l'année précédente (mutations ultérieures). Ceci est, par exemple, le cas lorsque l'assureur apprend, seulement après la fin de l'année civile, qu'une personne assurée chez lui est décédée au cours de l'année précédente. D'autres motifs concernant des mutations ultérieures, peuvent, par exemple, être générés par les événements suivants survenus au cours de l'année précédente, en particulier durant les derniers mois de cette dernière:

- naissances (sans pertinence pour le calcul de la compensation des risques)
- départ de la Suisse / prise de résidence en Suisse
- assujettissement à l'assurance-militaire
- changement de canton
- séjour dans un hôpital ou un EMS

Selon l'art. 10, al. 2bis OCoR, doivent figurer dans la remise des données les prestations nettes **décomptées jusqu'à deux mois avant l'échéance du délai de remise des données** (autrement dit jusqu'à fin février), les coûts des médicaments l'année précédente, les

séjours dans un hôpital ou un EMS l'année précédente ainsi que les mutations dans l'effectif des assurés qui concernent l'année civile déterminante pour le relevé des données.

La prise en considération, dans la remise des données, de mutations ultérieures qui concernent des années civiles précédant les années déterminantes pour le relevé des données n'est pas admissible.

5.1.10 Prise en considération des données en cas de changement d'assureur

Lors de la ventilation des données concernant les changements d'assureur dans les divers groupes de risque, **aucune donnée de l'assureur précédent** relative à des séjours dans un hôpital ou un EMS l'année précédente ou aux coûts des médicaments l'année précédente occasionnés par l'assuré ayant changé d'assureur ne doit être prise en considération. Ceci est également valable lorsque l'assureur précédent et l'assureur suivant appartiennent au **même groupe d'assurance**.

En cas de **fusion**, tous les droits et obligations de l'assureur cédant passent cependant à l'assureur reprenneur. Celui-ci en sa qualité de successeur de droit est subrogé dans tous les droits et obligations de l'assureur cédant. En conséquence, les séjours et les coûts des médicaments occasionnés l'année précédente par l'assuré ayant changé d'assureur pour plus de 5'000 CHF peuvent être pris en considération par tous les assureurs participant à la fusion.

5.2 Délimitation factuelle

5.2.1 Rapports d'assurance régis par la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Les données des personnes qui ont uniquement des rapports d'assurance soumis à la **loi sur le contrat d'assurance** en Suisse (assurance complémentaire) **ne sont pas prises en considération** dans la compensation des risques.

5.2.2 Assurés du Liechtenstein et des enclaves de Büsingen et Campione d'Italia

En ce qui concerne la prise en considération des assurés **résidant dans la Principauté du Liechtenstein** ou dans les **enclaves de Büsingen (D) et de Campione d'Italia (I)**, il faut cependant tenir compte du fait que les **numéros d'acheminement postal suisses** souvent attribués à ces assurés dans les systèmes informatiques des assureurs-maladie (par ex. Büsingen: 8238, Campione d'Italia: 6911) ne génèrent pas automatiquement une prise en considération des assurés en question dans la compensation des risques.

5.2.3 Assurés dont les primes sont réduites ou prises en charge

Les personnes qui sont soumises à l'assurance obligatoire des soins et bénéficient **d'une réduction ou d'une exonération totale de leurs primes** sont intégrées **normalement** dans les données remises pour la compensation des risques, c'est-à-dire que la réduction des primes n'a en principe **aucune incidence** sur la remise des données. Cette règle s'applique aussi aux personnes bénéficiant d'une **exonération**.

5.2.4 Non-paiement des primes par un assuré

Le rapport d'assurance persiste lorsqu'un assuré **n'a pas payé ses primes**. De ce fait, les assurés qui n'ont pas payé leurs primes doivent être pris en considération dans la livraison des données. Il faut par conséquent aussi **prendre en considération** dans la livraison des données les **séjours dans un hôpital ou un EMS** (d'une durée d'au moins trois nuits consécutives) des assurés qui **n'ont pas payé leurs primes**.

5.2.5 Assurés HMO

Les assurés HMO sont a priori annoncés à la compensation des risques à l'instar de toutes les autres personnes assurées obligatoirement pour les soins. C'est ainsi que, en ce qui concerne les coûts à indiquer pour la compensation des risques, les **coûts des prestations effectivement occasionnés par ces assurés HMO** sont déterminants.

Certains assureurs paient cependant des **forfaits de traitement** (prix fixes) aux exploitants de centres HMO pour leurs assurés HMO. S'il n'est pas possible de déterminer les coûts effectifs pour ces assurés (par exemple au moyen de factures fictives), les forfaits de traitement ainsi que les coûts des soins (suivant la LAMal) dépassant le cas échéant ces forfaits pourront être indiqués en ce qui concerne les coûts à notifier dans le cadre de la compensation des risques.

Pour assurer la comparabilité du relevé des coûts des assurés HMO et du relevé des coûts des autres assurés, il faut toutefois observer impérativement les **indications** qui suivent:

- Si des forfaits de traitement sont annoncés pour la compensation des risques, les coûts découlant de l'administration et de la gestion du centre HMO ne peuvent pas y être inclus. Font exception les **frais d'administration pour gérer le cabinet médical** du centre HMO, frais qui peuvent être pris en compte et inclus dans les coûts pour la compensation des risques.
- Les forfaits de traitement doivent être calculés et échelonnés **d'après l'âge et le sexe, comme pour les groupes de la compensation des risques**, et contenir toutes les prestations suivant la LAMal dispensées par les médecins, les hôpitaux et les autres fournisseurs de prestations.
- L'ensemble des **services de technique actuarielle** (établissement des polices, conseil et règlement des sinistres) doit être disjoint, que ces services soient effectués au centre HMO ou dans les bureaux des assureurs rattachés au centre.
- En cas d'éventuelle couverture dans le **domaine des gros risques**, ce ne sont pas les primes occasionnées par ces risques mais les **coûts effectifs** qui doivent être annoncés pour la compensation des risques.

Pour le relevé des séjours dans un hôpital ou un EMS ainsi que pour les coûts des médicaments (> 5'000 CHF), les assureurs doivent également prendre en compte leurs assurés HMO, peu importe qu'ils aient versé ou non des forfaits de traitement pour ceux-ci.

5.2.6 Assurés accomplissant un service militaire

Suivant l'art. 3, al. 4 LAMal, l'obligation de s'assurer est **suspendue** pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) **pour plus de 60 jours consécutifs**. Ces personnes **ne sont ainsi pas prises en considération** dans la remise des données destinées à la compensation des risques pour la durée de leur soumission à l'assurance militaire. Lorsqu'une personne accomplit deux services militaires qui se suivent et qui ne sont séparés au niveau temporel que par une fin de semaine, ceci est considéré comme **période de service liée**.

La suspension de l'obligation de s'assurer suivant la LAMal peut aussi commencer ou s'achever pendant un mois civil pour les personnes soumises à la LAM pour une certaine

période. La prise en considération des «**mois entamés**» est réglementée au chapitre 5.1.5 du présent guide.

Si une personne assujettie à l'assurance militaire est admise dans un hôpital, l'intégralité des coûts de ce séjour, même si celui-ci se prolonge au-delà de la période de service, sont pris en charge par l'assurance militaire (art. 64 LPGa). De tels séjours **ne sont donc pas pris en considération** dans le relevé des données pour la compensation des risques.

5.2.7 Paiements forfaitaires

Souvent, les fournisseurs de prestations facturent rétroactivement aux assureurs-maladie des montants après l'établissement de la première facture. Ces **facturations subséquentes** peuvent, par exemple, résulter de décisions prises par le Tribunal administratif fédéral à la suite de recours tarifaires (art. 53 LAMal). D'autre part, certains fournisseurs de prestations peuvent aussi effectuer des remboursements aux assureurs-maladie, par exemple, en raison de la procédure relative au caractère économique des traitements (art. 59 LAMal). En outre, des facturations subséquentes en rapport avec des budgets globaux (art. 51 LAMal) sont possibles. Ces paiements subséquents ne peuvent être pris en considération dans la remise des données pour la compensation des risques qu'à condition que les prestations en question aient été fournies **durant l'année civile déterminante pour le relevé des données**. En règle générale, tous ces paiements subséquents sont effectués sous la forme de **versements forfaitaires**.

Cependant, ces derniers peuvent également se baser sur une **première facturation** (par exemple, factures collectives lors d'actions de vaccination). L'ordonnance sur la compensation des risques ne contient aucune disposition explicite concernant la prise en considération respective des paiements subséquents et des versements forfaitaires dans le cadre de la compensation des risques.

Pour les paiements forfaitaires de la part des, respectivement aux fournisseurs de prestations, il est souvent difficile, voire impossible de déterminer le sexe et les groupes d'âge, resp. de déterminer quels cantons sont concernés. En pareils cas, une attribution exacte de ces paiements forfaitaires aux différents groupes de risques et aux cantons est donc uniquement réalisable au prix d'un **notable surcroît de travail**, quand elle **n'est pas réalisable** du tout. Par ailleurs, comme un sondage effectué auprès des assureurs-maladie l'a révélé, la part des paiements forfaitaires est toujours très faible par rapport aux coûts bruts globaux (domaine des pour mille). C'est la raison pour laquelle la réglementation suivante s'applique concernant la prise en considération des paiements forfaitaires dans le cadre de la compensation de risques:

Les paiements forfaitaires **ne sont pas pris en considération** dans la remise des données pour la compensation des risques si au moins l'une des trois **conditions** suivantes est remplie:

- Le paiement forfaitaire concerne des prestations qui **n'ont pas** été fournies durant **l'année civile déterminante** pour le relevé des données;
- Les **indications nécessaires** relatives aux assurés concernés (âge, sexe et canton) font défaut pour l'attribution correcte du paiement forfaitaire aux groupes de risques individuels, et celles-ci ne peuvent pas être tirées au clair non plus;

- Le paiement forfaitaire concerne un **grand nombre d'assurés** et, en se référant aux assurés concernés, il est en moyenne **inférieur à 500 francs**.

Dans la remise des données, **des paiements forfaitaires non pris en considération** pour des prestations qui ont été fournies pendant l'année civile déterminante pour le relevé des données doivent être annoncés à l'Institution commune LAMal au moyen du **formulaire** mise à disposition dans le cadre du relevé des données.

Dans tous les **autres cas**, les paiements forfaitaires doivent être **attribués correctement** (c'est-à-dire selon l'âge, le sexe et le canton) aux groupes de risques individuels.

Attention!

Cette réglementation ne s'applique, toutefois, pas pour le cas où un assureur exploitant de centres HMO verse ce que l'on dénomme des forfaits de traitement (prix fixes) pour ses assurés HMO. A cet effet, sont applicables nos directives mentionnées au chapitre 5.2.5 du présent guide.

5.2.8 Versement forfaitaire au Fonds chargé du suivi des donneurs vivants

Selon l'art. 15a, al. 2 de la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (loi sur la transplantation), les assureurs versent une somme forfaitaire unique au Fonds chargé du suivi des donneurs vivants visé à l'article 15b de la loi sur la transplantation.

Le montant total des forfaits à verser par l'ensemble des assureurs est relativement faible (généralement moins d'un million de francs par année civile). Une prise en compte de ces forfaits dans les données remises pour la compensation des risques n'aurait donc qu'un effet très marginal sur les paiements calculés pour la compensation des risques. La complexité des exigences posées aux assureurs pour leurs fournitures de données serait par contre accrue de manière disproportionnée.

Par conséquent, il ne sera **pas tenu compte** des forfaits en question dans les données remises pour la compensation des risques.

5.2.9 Forfait pour franchise et quote-part

Selon article 103, al. 5 OAMal, les assureurs peuvent prélever un **forfait** pour la franchise et la quote-part des adultes dont la couverture d'assurance est prévue pour moins d'une année civile, lorsque ces derniers font valoir leurs droits à des prestations. Ces "frais de certificat de maladie" correspondent à la participation aux coûts et peuvent donc être pris en considération dans la livraison des données de la même manière que ceux-ci.

Il est à noter que ces forfaits ne peuvent pas être proposés en combinaison avec des formes particulières d'assurance au sens des articles 93 à 101a OAMal.

5.2.10 Subventions cantonales / indemnités d'allaitement

Les subventions cantonales ainsi que les indemnités d'allaitement qui sont versées aux assureurs ou aux assurés par les cantons **n'entrent pas dans le cadre de la LAMal** et ne concernent donc pas la compensation des risques. Il **n'en sera donc pas tenu compte** dans les données remises pour la compensation des risques.

5.2.11 Séjours dans un hôpital pour cause de maternité

Selon art. 2c, al. 2 OCoR, **les séjours pour cause de maternité selon art. 29, al. 2, let. b LAMal** (autrement dit les séjours dans un hôpital ou une maison de naissance avec accouchement) **ne doivent pas être pris en compte** dans la compensation des risques. Peu importe à cet égard que l'accouchement se déroule avec ou sans complications.

Les séjours de nouveau-nés en bonne santé qui séjournent avec leur mère à l'hôpital (art. 29, al. 2, let. d LAMal) font souvent l'objet d'un décompte des assureurs via la mère. Mais il y a lieu d'observer alors que cette méthode de décompte ne génère pas une prise en compte de ces séjours dans la compensation des risques.

Afin d'exclure la prise en compte de séjours dus à une maternité (selon art. 29, al. 2, let. b LAMal) et de séjours de nouveau-nés en bonne santé dans votre livraison des données pour la compensation des risques, nous vous conseillons de calculer ces séjours sur la base des codes DRG respectifs.

Les séjours de l'année 2018 sont déterminants pour la livraison des données en l'an 2020 (données 2019). Dans le catalogue des forfaits par cas (SwissDRG 7.0 / version de tarification 2018/2018), les codes DRG suivants sont mentionnés pour les séjours en raison d'une maternité avec accouchement et pour les séjours de nouveau-nés en bonne santé:

Codes DRG pour séjours pour cause de maternité avec accouchement et pour séjours de nouveau-nés en bonne santé			
O01A	O02A	O60A	P66D
O01B	O02B	O60B	P67D
O01C		O60C	
O01D		O60D	
O01E			
O01F			
O01G			
O01H			

5.2.12 Séjours dans un hôpital ou un EMS financés par l'assurance complémentaire

Les séjours dans un hôpital ou un EMS qui sont **exclusivement** financés par l'assurance complémentaire **ne sont pas pris en compte** dans la remise des données.

5.2.13 Séjours dans un hôpital ou un EMS par suite d'accident

Les séjours dans un hôpital ou un EMS par suite **d'accident**, qui durent au moins trois nuits consécutives, **doivent être pris en considération** dans le relevé des données pour autant qu'ils **ne soient pas pris** en charge par une **assurance-accidents**.

5.2.14 Séjours en milieu hospitalier à l'étranger

Les séjours en milieu stationnaire à l'étranger ne sont pas à prendre en considération dans la livraison des données. Font cependant exception à cette règle les séjours en milieu stationnaire à l'étranger dans le cadre de programmes de collaboration transfrontalière (jusqu'à présent des projets pilotes de durée limitée approuvés par le DFI, selon art. 36a OAMal). Au 1er janvier 2018, une base légale a été créée à cet effet dans la LAMal et les conditions en ont été adaptées au niveau de l'ordonnance. Depuis lors, d'autres programmes

de durée indéterminée portant sur la collaboration transfrontalière visant la prise en charge des coûts par l'assurance-maladie suisse peuvent être proposés. Ces séjours doivent être pris en compte dans la compensation des risques.

Les projets pilotes transfrontaliers autorisés pour 2018 comprennent les hôpitaux et cliniques suivants à l'étranger:

Projet pilote canton de St-Gall / Liechtenstein:	No rcc
Liechtensteinisches Landesspital, FL-9490 Vaduz	M7030.27
Projet pilote cantons de BS et BL / district de Lörrach:	No rcc
Breisgau-Klinik, DE-79189 Bad Krozingen	K0023.92
Kreiskrankenhaus Lörrach, DE-79539 Lörrach	A0011.92
Markgräflerland-Klinik, DE-79415 Bad Bellingen	L0006.92
MediClin Seidel-Klinik, DE-79415 Bad Bellingen	R0034.92
PARK-Klinikum, DE-79189 Bad Krozingen	Z0002.92
Klinik Park-Therme, DE-79410 Badenweiler	B0020.92
Reha-Klinik Hausbaden, DE-79410 Badenweiler	N0024.92
Rheintalklinik GmbH & Co Porten KG, DE-79189 Bad Krozingen	I0005.92
St. Elisabethen-Krankenhaus GmbH, DE-79539 Lörrach	E0021.92

5.2.15 Séjours en milieu hospitalier en Suisse

Les séjours dans un hôpital ou un EMS en Suisse (selon l'art. 39 et 49a, al. 4 LAMal) **sont pris en considération** dans le contexte de la compensation des risques. A l'aide des numéros des codes créanciers (no rcc) octroyés aux prestataires où des séjours ont lieu, il est donc possible d'identifier les séjours en milieu hospitalier en Suisse.

Contrairement aux numéros rcc de prestataires à l'étranger, les **deux derniers chiffres** des numéros rcc de prestataires **en Suisse**, donc également d'hôpitaux ou d'EMS, correspondent, au numéro du canton d'établissement en question (**01-26**) ou aux chiffre **31 et 32**.

Exemples :

Prestataires en Suisse	Canton d'établissement	No rcc
Hôpital cantonal Liestal	Bâle-Campagne	N7148.13
Hôpital Lindenhof	Berne	G7112.02
Hôpital du Jura	Jura	R7006.26
Hôpital cantonal Schaffhouse	Schaffhouse	Y7001.14
Senevita Residenz Nordlicht	Zurich	D0158.31

Il est ainsi possible d'assurer grâce au numéro rcc que dans la remise des données pour la compensation des risques, seuls les séjours en milieu hospitalier en Suisse (à l'exception des séjours en milieu stationnaire à l'étranger dans le cadre de programmes de collaboration transfrontalière mentionnés au chapitre 5.2.14) soient pris en compte.

5.2.16 Séjours dans un hôpital ou un EMS en cas de transfert

En cas de transferts dans un hôpital ou un EMS (par ex. séjour hospitalier d'un jour en urgence dans l'hôpital A, puis transfert pour trois jours dans l'hôpital B), les jours ou les nuits de séjour consécutifs sont réputés **séjour unique**, même si le patient a passé les jours resp. les nuits en question dans **divers** hôpitaux ou EMS.

5.2.17 Assurés comptant plusieurs séjours dans un hôpital ou un EMS

Pour la remise des données, il est déterminant de savoir si un assuré a séjourné en l'an concerné dans un hôpital ou un EMS pour une durée d'au moins trois nuits consécutives. A cet égard, **peu importe** que l'assuré ait fait **un ou plusieurs** séjours de cette nature.

5.2.18 Canton où se situe l'hôpital ou l'EMS

Dans la ventilation par canton des données d'assurés ayant séjourné dans un hôpital ou un EMS, le **canton où se situe** l'hôpital ou l'EMS est **sans importance** pour la remise des données.

Pour la ventilation par canton des données d'un assuré, le **domicile** de l'assuré durant l'année civile déterminante pour le relevé des données est déterminant.

5.2.19 Séjours dans un hôpital répertorié ou conventionné

Le séjour dans un hôpital d'une durée d'au moins trois nuits consécutives est pris en considération dans la compensation des risques lorsque pour ce séjour des prestations ont été servies au titre de **l'assurance obligatoire des soins**. **Peu importe** alors si le séjour a lieu dans **un hôpital figurant sur la liste hospitalière ou dans un hôpital conventionné** (art. 39 resp. 49a, al. 4 LAMal).

5.2.20 Séjours dans une clinique de nuit

Selon l'art. 5 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), les séjours dans une clinique de nuit sont réputés traitement ambulatoire. Un séjour dans une clinique de nuit d'un hôpital **n'est donc pas à prendre en considération** dans la livraison des données pour la compensation des risques, même si sa durée est d'au moins trois nuits consécutives.

6. Personnes de contact

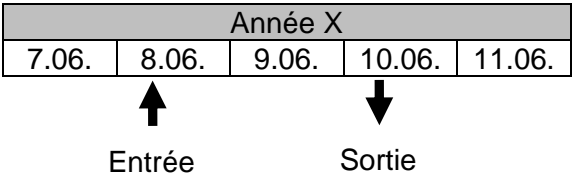
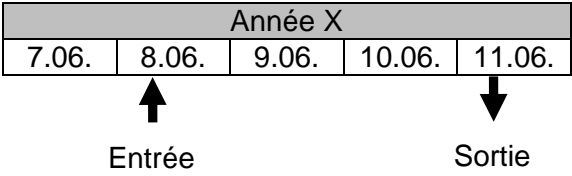
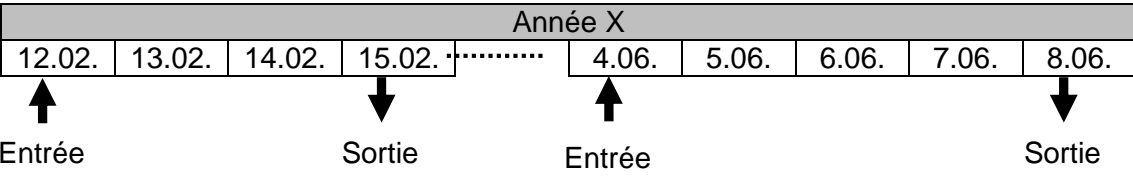
Pour les assureurs, les interlocuteurs suivants sont à disposition:

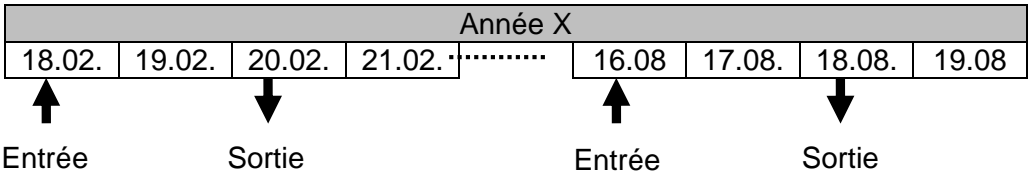
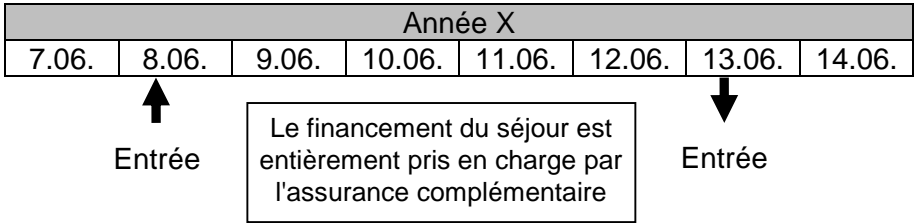
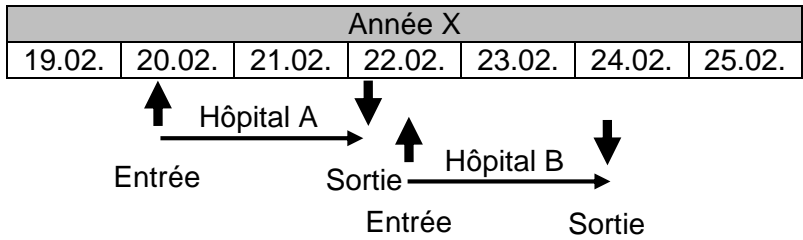
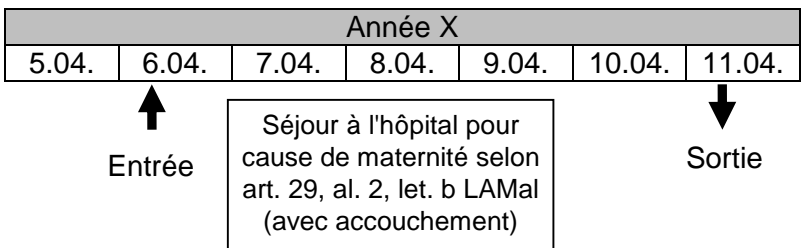
Personne	Fonction	Contact
Urs Wunderlin	Responsable du département Compensation des risques	032 625 30 25 urs.wunderlin@kvg.org
Yannick Schwarz	Suppléant du responsable du département Compensation des risques	032 625 30 48 yannick.schwarz@kvg.org

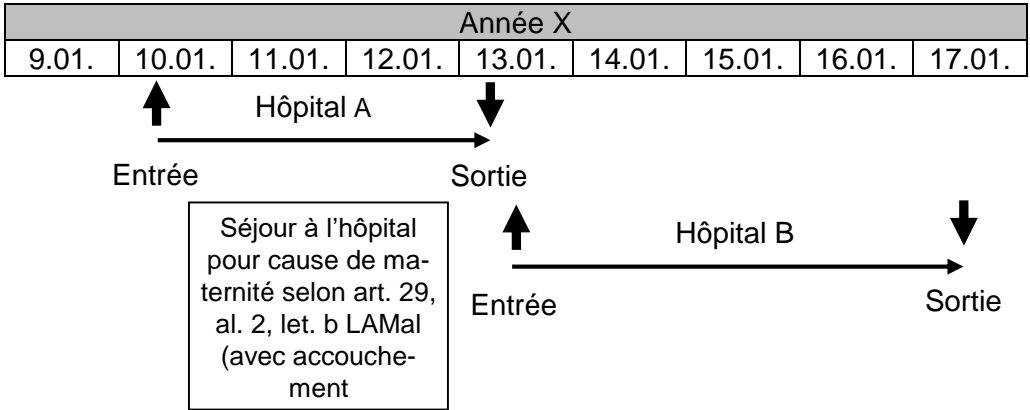
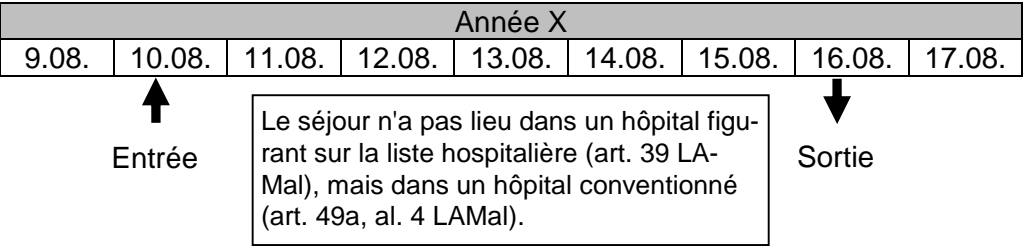
Exemples de la prise en compte de séjours dans un hôpital ou un EMS

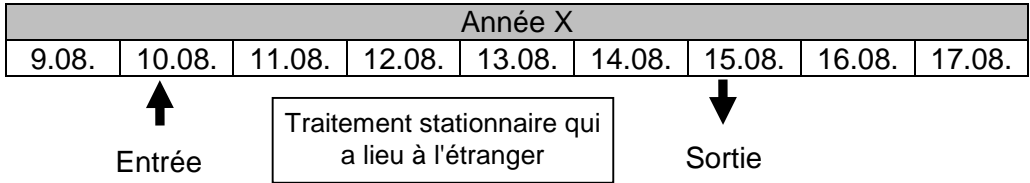
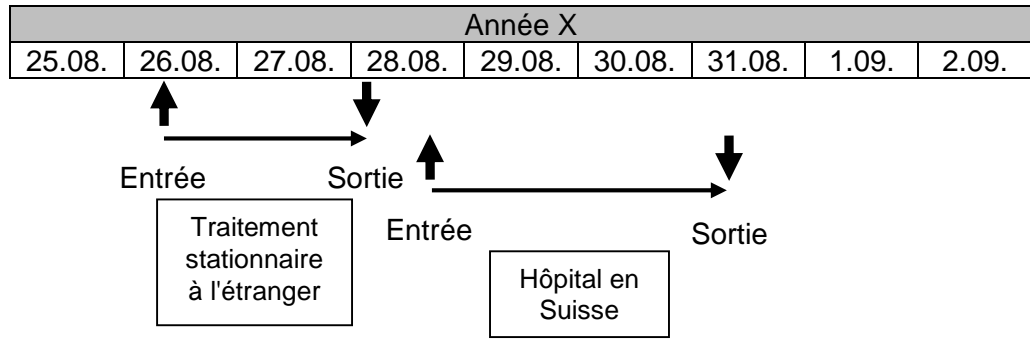
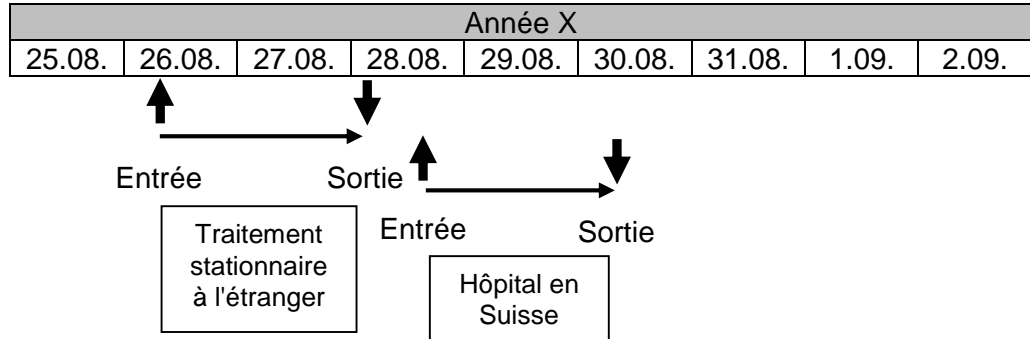
Annexe 1

1. Séjours sans changement d'année

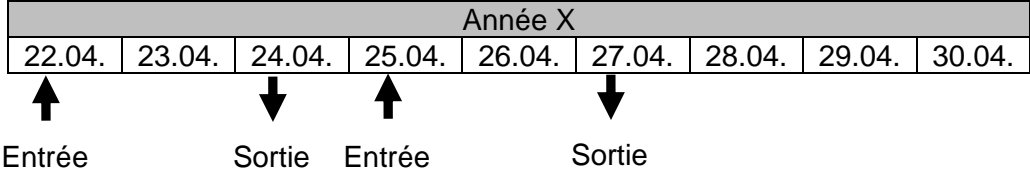
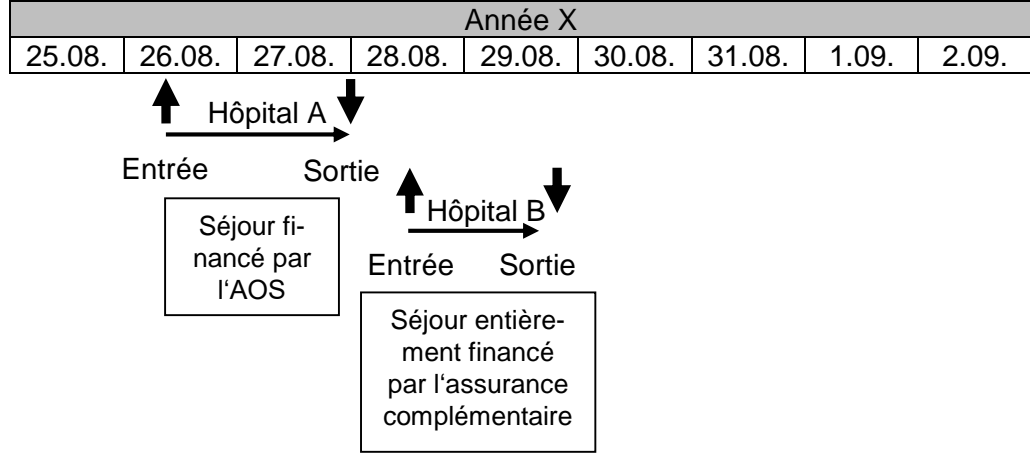
Situation	Réglementation
<p>1.1</p> 	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> La durée du séjour est de moins de trois nuits consécutives.</p>
<p>1.2</p> 	<p>Séjour à prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> La durée du séjour est de trois nuits consécutives.</p>
<p>1.3</p> 	<p>Séjour à prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> L'assuré a séjourné deux fois à l'hôpital en l'an X. Les deux séjours en question durent chacun trois nuits consécutives ou plus. Que l'assuré présente un ou plusieurs séjours ne joue aucun rôle. Dans la livraison des données, est uniquement déterminant pour l'attribution de ses données (mois, coûts, participations aux coûts) aux groupes de risque le fait de savoir s'il présente au moins, pour l'an X, un séjour d'au moins trois nuits consécutives.</p>

Situation	Réglementation
<p>1.4</p>  <p>Entrée Sortie Entrée Sortie</p>	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> L'assuré a séjourné deux fois à l'hôpital en l'an X. La durée des deux séjours est cependant inférieure à trois nuits consécutives.</p>
<p>1.5</p>  <p>Entrée Entrée</p> <p>Le financement du séjour est entièrement pris en charge par l'assurance complémentaire</p>	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> Les séjours dans un hôpital ou un EMS ne sont pris en compte qu'à condition qu'ils soient entièrement ou partiellement financés par l'assurance obligatoire des soins.</p>
<p>1.6</p>  <p>Entrée Sortie Entrée Sortie</p>	<p>Séjour à prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> En cas de transfert à un autre hôpital le même jour, le séjour est réputé ininterrompu. La durée du séjour est donc de quatre nuits consécutives.</p>
<p>1.7</p>  <p>Entrée Sortie</p> <p>Séjour à l'hôpital pour cause de maternité selon art. 29, al. 2, let. b LAMal (avec accouchement)</p>	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> Les séjours pour cause de maternité avec accouchement selon art. 29, al. 2, let. b LAMal ne doivent pas être pris en considération (art. 2c, al. 2 OCoR). Peu importe à cet égard si l'accouchement implique des complications ou non.</p>







Situation	Réglementation
<p>1.8</p>  <p>Séjour à l'hôpital pour cause de maternité selon art. 29, al. 2, let. b LAMal (avec accouchement)</p>	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> En cas de transfert dans un autre hôpital le même jour, le séjour est réputé ininterrompu (cf. 1.6). Le séjour dure donc sept nuits consécutives.</p> <p>Pendant ce séjour, l'accouchement a eu lieu. Selon art. 2c, al. 2 OCoR, un séjour en cas de maternité selon art. 29, al. 2, let. b LAMal (autrement dit avec accouchement) n'est pas pris en compte dans la compensation des risques. Peu importe à cet égard si l'accouchement implique des complications ou non.</p>
<p>1.9</p>  <p>Le séjour n'a pas lieu dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière (art. 39 LAMal), mais dans un hôpital conventionné (art. 49a, al. 4 LAMal).</p>	<p>Séjour à prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> Un séjour dans un hôpital ou un EMS est pris en compte s'il est au moins financé en partie par l'AOS. Peu importe alors si le séjour a lieu dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière ou dans un hôpital conventionné. La durée du séjour est de six nuits consécutives.</p>

Situation	Réglementation
<p>1.10</p> 	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> Les traitements stationnaires à l'étranger ne sont pas pris en considération (art. 2c, al. 1 OCoR).</p> <p>Voir aussi ci-dessous!</p>
<p>1.11</p> 	<p>Séjour à prendre en considération (du 28 au 31.08.).</p> <p><u>Motif:</u> Le patient a été pris en charge à l'étranger pour un traitement en milieu hospitalier (p. ex. cas d'urgence). Puis, il a été transféré dans un hôpital en Suisse. Les traitements stationnaires à l'étranger ne sont pas pris en considération (art. 2c, al. 1 OCoR). Le séjour subséquent à l'hôpital en Suisse dure trois nuits consécutives et doit donc être pris en compte.</p> <p>Voir aussi ci-dessous!</p>
<p>1.12</p> 	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> Le patient a été pris en charge à l'étranger pour un traitement en milieu hospitalier (p. ex. en cas d'urgence). Puis, il a été transféré dans un hôpital en Suisse. Les traitements stationnaires à l'étranger ne sont pas pris en considération (art. 2c, al. 1 OCoR). Le séjour subséquent à l'hôpital en Suisse est inférieur à trois nuits consécutives et ne doit donc pas être pris en considération.</p> <p>Voir aussi ci-dessous!</p>

Important : Les séjours en milieu stationnaire à l'étranger dans le cadre de programmes de collaboration transfrontalière (jusqu'à présent des projets pilotes de durée limitée approuvés par le DFI, selon art. 36a OAMal) sont à prendre en considération dans la compensation des risques (cf. chapitre 5.2.14 du Guide).

Situation	Réglementation																		
<p>1.13</p>  <p>Timeline for Année X (April 2004):</p> <table border="1" data-bbox="293 229 1319 300"> <tr><th colspan="9">Année X</th></tr> <tr><td>22.04.</td><td>23.04.</td><td>24.04.</td><td>25.04.</td><td>26.04.</td><td>27.04.</td><td>28.04.</td><td>29.04.</td><td>30.04.</td></tr> </table> <p>Entrée (22.04.), Sortie (24.04.), Entrée (25.04.), Sortie (27.04.)</p>	Année X									22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.	<p>Séjour à ne pas prendre en considération (voir exception ci-dessous).</p> <p><u>Motif:</u> Le séjour est interrompu du 24.04 au 25.04. Il s'agit donc de deux séjours dont la durée est respectivement inférieure à trois nuits consécutives.</p> <p><u>Exception:</u> Un hôpital ou un EMS peut établir plusieurs factures par séjour. Ceci est particulièrement le cas lors d'un séjour se poursuivant au-delà de l'année civile. Dans ce cas, c'est-à-dire lorsque la facture concerne le même hôpital ou EMS pour des jours ou des nuits consécutives, il faut considérer le séjour comme ininterrompu et il doit, de ce fait, être pris en compte pour autant qu'il soit supérieur à trois nuits consécutives.</p>
Année X																			
22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.											
<p>1.14</p>  <p>Timeline for Année X (August 2008 - September 2009):</p> <table border="1" data-bbox="293 839 1319 909"> <tr><th colspan="9">Année X</th></tr> <tr><td>25.08.</td><td>26.08.</td><td>27.08.</td><td>28.08.</td><td>29.08.</td><td>30.08.</td><td>31.08.</td><td>1.09.</td><td>2.09.</td></tr> </table> <p>Entrée (25.08.) - Sortie (28.08.) - Hôpital A</p> <p>Entrée (28.08.) - Sortie (31.08.) - Hôpital B</p> <p>Séjour financé par l'AOS (25.08. - 28.08.)</p> <p>Séjour entièrement financé par l'assurance complémentaire (28.08. - 31.08.)</p>	Année X									25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	30.08.	31.08.	1.09.	2.09.	<p>Séjour à ne pas prendre en considération.</p> <p><u>Motif:</u> En cas de transfert dans un autre hôpital le même jour, le séjour est réputé ininterrompu (cf. 1.6). Néanmoins, le séjour dans l'hôpital B est entièrement financé par l'assurance complémentaire et n'est donc pas à prendre en considération. La durée du séjour dans l'hôpital A n'est que de deux nuits consécutives.</p>
Année X																			
25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	30.08.	31.08.	1.09.	2.09.											

2. Séjours avec changement d'année

Situation	Réglementation																				
<p>2.1</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="7">Année X</th> <th colspan="3">Année X+1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25.12.</td><td>26.12.</td><td>27.12.</td><td>28.12.</td><td>29.12.</td><td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 20px;">  Entrée  Sortie </p>	Année X							Année X+1			25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Le séjour n'est pris en considération qu'en l'an X.</p> <p><u>Motif:</u> Uniquement en l'an X, la durée du séjour est d'au moins trois nuits consécutives.</p>
Année X							Année X+1														
25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
<p>2.2</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="6">Année X</th> <th colspan="4">Année X+1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26.12.</td><td>27.12.</td><td>28.12.</td><td>29.12.</td><td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td><td>4.01.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 20px;">  Entrée  Sortie </p>	Année X						Année X+1				26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	<p>Le séjour est pris en considération dans les deux années en question.</p> <p><u>Motif:</u> Pour ces deux années, la durée du séjour est d'au moins trois nuits consécutives.</p>
Année X						Année X+1															
26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.												
<p>2.3</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Année X</th> <th colspan="3">Année X+1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30.12.</td><td>31.12.</td> <td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 20px;">  Entrée  Sortie </p>	Année X		Année X+1			30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Le séjour est pris en considération en l'an X.</p> <p><u>Motif:</u> Un séjour d'une durée de deux nuits consécutives dans chaque année est attribué à l'année d'admission à l'hôpital (art. 2c, al. 3, let. a OCoR). La nuit du passage à la nouvelle année est toujours décomptée dans l'année d'admission.</p>										
Année X		Année X+1																			
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.																	

Situation	Réglementation												
<p>2.4</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #cccccc;">Année X</th> <th colspan="4" style="background-color: #cccccc;">Année X+1</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30.12.</td> <td style="text-align: center;">31.12.</td> <td style="text-align: center;">1.01.</td> <td style="text-align: center;">2.01.</td> <td style="text-align: center;">3.01.</td> <td style="text-align: center;">4.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 40px;"> ↑ Entrée ↓ Sortie </p>	Année X		Année X+1				30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	<p>Le séjour est pris en considération en l'an X+1.</p> <p><u>Motif:</u> Le séjour est de cinq nuits. Un séjour d'une durée de trois à cinq nuits consécutives est attribué à l'année comportant le plus grand nombre de nuits (art. 2c, al. 3, let. a OCoR).</p>
Année X		Année X+1											
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.								
<p>2.5</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Année X</th> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Année X+1</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">29.12.</td> <td style="text-align: center;">30.12.</td> <td style="text-align: center;">31.12.</td> <td style="text-align: center;">1.01.</td> <td style="text-align: center;">2.01.</td> <td style="text-align: center;">3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 40px;"> ↑ Entrée ↓ Sortie </p>	Année X			Année X+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Le séjour est pris en considération en l'an X.</p> <p><u>Motif:</u> Le séjour est de cinq nuits. Un séjour d'une durée de trois à cinq nuits consécutives est attribué à l'année comportant le plus grand nombre de nuits (art. 2c, al. 3, let. a OCoR). La nuit du passage à la nouvelle année est toujours décomptée dans l'année d'admission.</p>
Année X			Année X+1										
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.								
<p>2.6</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Année X</th> <th colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Année X+1</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">29.12.</td> <td style="text-align: center;">30.12.</td> <td style="text-align: center;">31.12.</td> <td style="text-align: center;">1.01.</td> <td style="text-align: center;">2.01.</td> <td style="text-align: center;">3.01.</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 40px;"> ↑ Entrée ↓ Sortie </p>	Année X			Année X+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Le séjour est pris en considération en l'an X.</p> <p><u>Motif:</u> Le séjour est de quatre nuits. Un séjour d'une durée de trois à cinq nuits consécutives est attribué à l'année comportant le plus grand nombre de nuits (art. 2c, al. 3, let. a OCoR). La nuit du passage à la nouvelle année est toujours décomptée dans l'année d'admission.</p>
Année X			Année X+1										
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.								

Situation	Réglementation																
<p>2.7</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Année X</th> <th colspan="3">Année X+1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>29.12.</td> <td>30.12.</td> <td>31.12.</td> <td>1.01.</td> <td>2.01.</td> <td>3.01.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"> ↑ ↓ Entrée Sortie </p>	Année X			Année X+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	<p>Le séjour n'est pris en considération.</p> <p><u>Motif:</u> La durée du séjour est inférieure à trois nuits consécutives.</p>				
Année X			Année X+1														
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
<p>2.8</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Année X</th> <th colspan="4">Année X+1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28.12.</td> <td>29.12.</td> <td>30.12.</td> <td>31.12.</td> <td>1.01.</td> <td>2.01.</td> <td>3.01.</td> <td>4.01.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"> ↑ ↓ ↑ ↓ Entrée Sortie Entrée Sortie ↳ Hôpital A ↳ Hôpital B </p>	Année X				Année X+1				28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	<p>Le séjour est pris en considération dans les deux années en question.</p> <p><u>Motif:</u> En cas de transfert à un autre hôpital le même jour, le séjour est réputé ininterrompu. Le séjour dure donc, durant les deux années, au moins trois nuits consécutives.</p>
Année X				Année X+1													
28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.										

Exemples de la saisie des données 2019 des assurés dans le tableau destiné au relevé des données

Années civiles déterminantes pour le relevé des données:

- Année 2018 pour les séjours dans un hôpital ou un EMS (année de traitement)
- Année 2018 pour les coûts des médicaments (année de remise)
- Année 2019 pour les coûts et la participation aux coûts (année de traitement)
- Année 2019 pour les mois d'assurance (année civile)

Assurée A	Date de naissance:		25.08.1969	
	Sexe:		féminin	
	Domicile:		4310 Rheinfelden AG	
	2019	Affiliation:	1.01 - 31.12.2019	
		Coûts occasionnés:	frs	12'895.--
		Participation aux coûts:	frs	963.--
2018	Séjour dans un hôpital ou un EMS:	Hôpital universitaire de Bâle 6.07 - 12.07.2018		
	Coûts bruts médicaments	frs	956.--	
Assurée B	Date de naissance:		13.02.1994	
	Sexe:		féminin	
	Domicile:		6130 Willisau LU	
	2019	Affiliation:	1.01 - 30.06.2019	
		Coûts occasionnés:	frs	8'364.--
		Participation aux coûts:	frs	851.--
2018	Séjour dans un hôpital ou un EMS:	Hôpital cantonal de Lucerne 2.04 - 6.04.2018 <u>Motif:</u> maternité selon art. 29, al. 2, let. b LAMal		
	Coûts bruts médicaments	frs	1'020.--	
Assuré C	Date de naissance:		23.08.1963	
	Sexe:		masculin	
	Domicile:		2502 Bienne BE	
	2019	Affiliation:	1.01 - 31.12.2019	
		Coûts occasionnés:	frs	16'325.--
		Participation aux coûts:	frs	1'500.--
2018	Séjour dans un hôpital ou un EMS:	pas de séjour		
	Coûts bruts médicaments	frs	15'684.--	
Assuré D	Date de naissance:		12.06.1929	
	Sexe:		masculin	
	Domicile:		8045 Zurich ZH	
	2019	Affiliation:	1.01 - 31.12.2019	
		Coûts occasionnés:	frs	10'247.--
		Participation aux coûts:	frs	1'013.--
2018	Séjour dans un hôpital ou un EMS:	Hôpital universitaire de Zurich 4.08 - 24.08.2018 EMS Rehalp, Zurich 25.08 - 31.12.2018		
	Coûts bruts médicaments	frs	5'326.--	

Assurée E	Date de naissance:		11.09.1978	
	Sexe:		féminin	
	Domicile:		2540 Granges SO	
	2019	Affiliation:		1.01 - 31.12.2019
		Coûts occasionnés:	frs	8'364.--
		Participation aux coûts:	frs	851.--
2018	Séjour dans un hôpital ou un EMS:		Bürgerspital de Soleure 22.08 - 29.08.2018 10.09 - 16.09.2018	
	Coûts bruts médicaments	frs	892.--	

Assuré F	Date de naissance:		19.03.1972	
	Sexe:		masculin	
	Domicile:		3013 Berne BE	
	2019	Affiliation:		1.01 - 31.08.2019
		Coûts occasionnés:	frs	37'461.--
		Participation aux coûts:	frs	1'112.--
2018	Séjour dans un hôpital ou un EMS:		Hôpital de l'île Berne 1.01. - 5.01.2018 Hôpital universitaire de Bâle 21.02 - 15.03.2018	
	Coûts bruts médicaments	frs	3'268.--	

Assuré G	Date de naissance:		19.03.1988	
	Sexe:		masculin	
	Domicile:		8750 Glaris GL 1.01 - 30.06.2019 4600 Olten SO 1.07 - 31.12.2019	
	2019	Affiliation:		1.01 - 31.12.2019
		Coûts occasionnés:		frs 326.-- (traitements du 1.01 - 30.06.2019)
				frs 12'256.-- (traitements du 1.07 - 31.12.2019)
		Participation aux coûts:		frs 326.-- (traitements du 1.01 - 30.06.2019) frs 1'705.-- (traitements du 1.07 - 31.12.2019)
	2018	Séjour dans un hôpital ou un EMS:		Hôpital cantonal d'Olten 17.10 - 26.10.2018
		Coûts bruts médicaments	frs	3'250.--

Saisie dans le tableau destiné au relevé des données 2019

BAG-Nr. No OFSP	Kanton Canton	Geburtsjahre Années de naiss.		Alter Age	Geschlecht Sexe	Arzneimittelkosten Coût des médicaments	Aufenthalt Séjour	Monate Mois	Kosten Coûts	Kostenbeteiligung Particip. aux coûts
		von/de	bis/à						CHF	CHF
Versicherter D										
61	ZH	1938	1934	81-85	M / h	ja / oui	ja / oui			
61	ZH	1933	1929	86-90	M / h	ja / oui	ja / oui	12	10'247	1013
61	ZH	1928		91+	M / h	ja / oui	ja / oui			
Versicherter C										
61	BE	1968	1964	51-55	M / h	ja / oui	nein / non			
61	BE	1963	1959	56-60	M / h	ja / oui	nein / non	12	16'325	1500
61	BE	1958	1954	61-65	M / h	ja / oui	nein / non			
Versicherter F										
61	BE	1978	1974	41-45	M / h	nein / non	ja / oui			
61	BE	1973	1969	46-50	M / h	nein / non	ja / oui	8	37'461	1112
61	BE	1968	1964	51-55	M / h	nein / non	ja / oui			
Versicherte B										
61	LU	2019	2001	0-18	F / f	nein / non	nein / non			
61	LU	2000	1994	19-25	F / f	nein / non	nein / non	6	8'364	851
61	LU	1993	1989	26-30	F / f	nein / non	nein / non			
Versicherter G										
61	GL	1993	1989	26-30	M / h	nein / non	ja / oui			
61	GL	1988	1984	31-35	M / h	nein / non	ja / oui	6	326	326
61	GL	1983	1979	36-40	M / h	nein / non	ja / oui			
Versicherte E										
61	SO	1983	1979	36-40	F / f	nein / non	ja / oui			
61	SO	1978	1974	41-45	F / f	nein / non	ja / oui	12	8'364	851
61	SO	1973	1969	46-50	F / f	nein / non	ja / oui			
Versicherter G										
61	SO	1993	1989	26-30	M / h	nein / non	ja / oui			
61	SO	1988	1984	31-35	M / h	nein / non	ja / oui	6	12'256	1705
61	SO	1983	1979	36-40	M / h	nein / non	ja / oui			
Versicherte A										
61	AG	1978	1974	41-45	F / f	nein / non	ja / oui			
61	AG	1973	1969	46-50	F / f	nein / non	ja / oui	12	12'895	963
61	AG	1968	1964	51-55	F / f	nein / non	ja / oui			

Prise en compte des médicaments et des prestations pharmaceutiques pour déterminer les coûts des médicaments

Lors du calcul des coûts des médicaments au cours de l'année précédente, sont prises en compte les prestations brutes de l'année précédente pour les médicaments dont le coût est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (cf. à ce sujet la lettre du 5 décembre 2014 de l'OFSP).

Il faut prendre en considération:

- Les médicaments inscrits sur la liste des spécialités (LS), utilisés pour l'indication autorisée par Swissmedic et conformément à la limitation approuvée par l'OFSP, dont font également partie ceux inscrits sur la liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales;
- Les médicaments de la LS utilisés pour d'autres indications que celles autorisées dans la formation professionnelle ou prévues par la limitation, conformément à l'art. 71a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), pour autant que l'assureur ait donné une garantie (art. 71d OAMal);
- Les médicaments ne figurant pas dans la LS mais qui sont autorisés en Suisse selon l'art. 71b OAMal, qu'ils soient utilisés pour les indications mentionnées sur la notice ou en dehors de celles-ci, pour autant que l'assurance-maladie ait donné une garantie spéciale (art. 71d OAMal);
- Les médicaments importés qui ne sont pas autorisés en Suisse selon l'art. 71c OAMal, pour autant que l'assurance-maladie ait donné une garantie spéciale (art. 71d OAMal);
- Les préparations magistrales fabriquées selon la liste des médicaments avec tarif (LMT, à l'exception des préparations de sang et de plasma);
- Les vaccins figurant dans la LS et remboursés en conséquence;
- Les prestations pharmaceutiques selon art. 4a OPAS. Elles sont mentionnées individuellement avec leurs points tarifaires et leur tarif sous article 1 du contrat de structure tarifaire RBP IV/1 du 1^{er} janvier 2016 et précisées dans les articles 2 à 10 (par ex. validation des médicaments, contrôle de la prise de médicaments, service d'urgence, forfaits méthadone, etc.);
- Dans le cadre du traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés (cf. chiffre 8 Psychiatrie de l'Annexe 1 de l'OPAS), les médicaments utilisés et remis de la LS et les préparations magistrales selon LMT, dont les coûts figurent séparément sur la facture et sont remboursés par l'AOS;
- Les préparations de sang et de plasma enregistrées en tant que médicaments et qui figurent dans la LS;
- Les médicaments hors liste (HL) remboursés via l'AOS;
- Les médicaments dispensés à l'étranger dont les coûts sont pris en charge par l'AO;
- Les rabais accordés à l'assureur-maladie par des fabricants de médicaments doivent être pris en considération dans la mesure où ils peuvent être attribués correctement aux assurés respectifs et où ils ont fait l'objet d'un décompte de l'assureur conformément à l'art. 10, al. 2bis OCoR jusqu'à deux mois avant le délai de remise des données;
- Les médicaments facturés séparément en cas de forfaits partiels pour établissements médico-sociaux (EMS).

Ne sont pas compris:

- Les médicaments intégrés dans un forfait au sens de l'art. 49, al. 1 LAMal;
- Les rémunérations supplémentaires du catalogue des forfaits par cas SwissDRG;
- Les médicaments dont les coûts ne sont pas indiqués séparément (par ex., les médicaments fournis dans le cadre d'une prestation et qui ne sont pas indiqués à part sur la facture);
- Les préparations de sang et de plasma selon la LMT;
- Les solutions nutritives ne figurant pas comme médicament dans la LS ou la LMIC (liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales) et celles qui sont rémunérées par un forfait;
- Les médicaments utilisés et remis à l'occasion de traitements de substitution en cas de dépendance aux opiacés (cf. chiffre 8 Psychiatrie de l'Annexe 2 de l'OPAS), si le traitement de substitution comprenant de nombreuses prestations médicales est remboursé forfaitairement.