

Guide

Compensation des risques 2025



Remarque :

Version du 28.10.2025

Toutes les modifications importantes sont marquées en gris.

Traduction du texte original allemand. En cas de doute, le texte original allemand fait foi.

1. Principe	1
1.1 Champ d'application	1
1.2 Données à fournir	1
2. Assurés à prendre en compte	2
3. Contenu des données à livrer	2
3.1 Numéro AVS	2
3.2 Année de naissance / sexe	3
3.3 Canton de domicile	3
3.4 Séjour dans un hôpital ou un EMS	3
3.4.1 Séjours en milieu hospitalier en Suisse	3
3.4.2 Séjours en milieu stationnaire à l'étranger dans le cadre de la collaboration transfrontalière	4
3.4.3 A propos d'un séjour dans un hôpital ou un EMS qui s'étend au-delà de l'année civile	4
3.4.4 Séjours pour cause de maternité	4
3.4.5 Séjours dans un hôpital ou un EMS financés par l'assurance complémentaire	5
3.4.6 Séjours dans un hôpital ou un EMS par suite d'accident	5
3.4.7 Séjours dans un hôpital ou un EMS en cas de transfert	5
3.4.8 Séjour dans une clinique de nuit	6
3.4.9 Séjour en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques	6
3.4.10 Recours	6
3.5 Médicaments	6
3.5.1 Médicaments achetés à l'étranger	7
3.5.2 Médicaments remboursés via des rétributions supplémentaires du catalogue des forfaits par cas	7
3.5.3 Remboursement forfaitaire de la remise de médicaments dans les EMS et HMO	7
3.5.4 Indications sur les médicaments en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques	7
3.6 Nombre d'emballages	8
3.6.1 Plausibilisation et correction du nombre d'emballages	8
3.6.2 Chapitre supprimé	8
3.6.3 Nombre d'emballages en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques	8
3.6.4 Recours	8
3.7 Mois d'assurance	9
3.7.1 Mois d'assurance entamés	9
3.7.2 Mois d'assurance d'assurés accomplissant un service militaire	10
3.8 Coûts	10
3.8.1 Forfaits pour la remise de médicaments dans les EMS	11
3.8.2 Chapitre supprimé	11
3.8.3 Coûts des assurés HMO et cabinet de groupe	11
3.8.4 Versement forfaitaire au Fonds chargé du suivi des donneurs vivants	12
3.8.5 SARS-CoV-2	12
3.8.6 Recours	12
3.9 Participation aux coûts	12
3.9.1 Forfait pour franchise et quote-part	12
3.9.2 Recours	13
4. Prescriptions techniques pour la livraison des données	13
4.1 Structure des données à livrer	13
4.2 Règles générales pour le fichier à importer	14
4.3 Exemple d'un fichier d'importation	16

5. Personnes de contact.....	16
Annexe	17
1. Exemples de la prise en compte de séjours dans un hôpital ou un EMS	17
1.1 Séjours sans changement d'année.....	17
1.2 Séjours avec changement d'année.....	23
2. Exemples de prise en considération des séjours et des médicaments en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques	25
3. Exemples de plausibilisation et correction du nombre d'emballages.....	26

1. Principe

1.1 Champ d'application

La compensation des risques s'applique à l'assurance obligatoire des soins, y compris aux formes particulières d'assurance visées aux articles 41 al. 4 et 62 LAMal. Les dispositions suivantes s'appliquent aux livraisons de données dans le cadre du traitement ordinaire de la compensation des risques 2025 en 2026, sous réserve de dispositions supplémentaires pour d'éventuels calculs de correction.

1.2 Données à fournir

Pour la compensation des risques, il faut fournir des données individuelles. Il y a lieu de remettre pour chaque personne assurée les données suivantes:

- Numéro AVS (sera pseudonymisé par SORA PCG)
- Année de naissance
- Sexe
- Canton de domicile
- Séjour dans un hôpital ou un EMS (oui/non)
- Code GTIN par médicament qui était sur la liste des spécialités (LS) au moment de la remise ou devait être pris en charge par la caisse-maladie selon la liste des médicaments radiés (source: site web de la LS) conformément à l'art. 68a al. 1 let. a OAMaL et dont les coûts sont pris en charge par l'AOS
- Nombre d'emballages par médicament qui était sur la liste des spécialités (LS) au moment de la remise ou devait être pris en charge par la caisse-maladie selon la liste des emballages radiés et dont les coûts sont pris en charge par l'AOS
- Mois d'assurance
- Coûts bruts, après déduction des restitutions qui lui ont été versées par les titulaires d'autorisation de mise sur le marché de médicaments
- Participation aux coûts

Pour la compensation des risques, ce sont toujours les données de la dernière et de l'avant-dernière année civile qui doivent être fournies dans des fichiers séparés. Toutes les données, soit également les indications concernant le séjour dans un hôpital ou un EMS et les médicaments remis, doivent toujours porter, dans un fichier, sur la même année civile.

Pour la compensation des risques, il convient de livrer les données des années 2024 et 2025 en 2026. Selon art. 6 al. 4 OCoR, doivent être respectivement prises en considération les prestations décomptées et les modifications saisies de l'effectif des assurés jusqu'à la fin février de l'année de livraison des données.

**Est donc déterminant pour la livraison des données 2024 et
2025 en 2026 l'état des données au 28 février 2026**

2. Assurés à prendre en compte

Dans les données à fournir, les assurés doivent être pris en compte comme suit:

Catégories d'assurés	Prise en considération
Assurés résidant en Suisse¹	Oui
<u>Exceptions:</u> - 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 de plus de 60 jours consécutifs à l'assurance militaire). - Bateliers rhénans ³ (art. 9 al. 2 let. e OCoR)	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	
Domicile civil en Suisse (prélèvement d'une "prime CH")	Oui
Domicile civil à l'étranger (prélèvement d'une prime UE/AELE/UK ou d'une autre "prime non CH")	Non
Assurés résidant dans un Etat membre de l'UE, respectivement en Islande ou en Norvège	
Lieu de travail en Suisse (frontaliers) ³	Non
Bénéficiaires d'une prestation d'une assurance-chômage suisse ³	Non
Bénéficiaires d'une rente suisse ³	Non
Membres sans activité lucrative de la famille de personnes travaillant et résidant en Suisse	Non
Bateliers rhénans ³ (art. 9 al. 2 let. e OCoR)	Non
Lieu de résidence dans les enclaves de Büsingen (D) et de Campione d'Italia (I)	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

Les assurés résidant au Liechtenstein (avec ou sans lieu de travail en Suisse) ne sont pas assujettis à la LAMal et ne doivent donc pas être pris en considération dans les livraisons de données pour la compensation des risques.

En ce qui concerne les assurés qui n'ont pas payé leurs primes pour l'assurance obligatoire des soins, le rapport d'assurance continue à exister. De ce fait, les assurés qui n'ont pas payé leurs primes doivent être pris en considération normalement dans la livraison des données. Il en va de même pour les assurés dont la prime est réduite ou totalement exonérée ainsi que pour les assurés bénéficiant d'un crédit de primes.

3. Contenu des données à livrer

3.1 Numéro AVS

Pour chaque personne assurée, il faut indiquer le numéro AVS. Ce numéro AVS sera pseudonymisé par le logiciel SORA PCG avant la transmission des données à l'Institution commune LAMal.

Au moyen du numéro AVS pseudonymisé, il est possible de rassembler les données de l'assuré au cours des ans.

Pour les assurés **sans numéro AVS**, il convient de créer un numéro de remplacement de la manière suivante :

N° OFSP de l'assureur				Numéro d'assuré								
0	0	4	5	1	8	3	7	A	8	7	1	...

Les quatre premiers chiffres du numéro de remplacement doivent toujours correspondre au numéro OFSP de l'assureur (avec des zéros d'alignement à gauche). La longueur de la suite de chiffres est sans importance.

Numéro d'assuré: Uniquement avec des lettres et des chiffres de 0 à 9 et sans caractères spéciaux (; / * + , . ; - _ etc.) et sans caractères espace.

3.2 Année de naissance / sexe

Il y lieu d'indiquer pour chaque personne assurée l'année de naissance et le sexe. Ces informations servent à l'attribution de l'assuré individuel au groupe de risques.

Si une personne assurée a changé de sexe durant l'année civile en question (avec ou sans intervention chirurgicale), le "nouveau" sexe est valable pour toute l'année civile dans la livraison des données.

3.3 Canton de domicile

Dans la fourniture des données, doivent être pris en compte tous les cantons dans lesquels la personne assurée a habité durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.

3.4 Séjour dans un hôpital ou un EMS

Il faut indiquer pour chaque personne assurée s'il a séjourné dans un hôpital ou un EMS pour une durée d'au moins trois nuits consécutives durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.

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

Peu importe dans quel canton le séjour a eu lieu. Peu importe non plus si la personne assurée a effectué un ou plusieurs séjours d'au moins trois nuits consécutives durant l'année civile en question.

Pour l'attribution des séjours en milieu stationnaire à une année civile, c'est la date de traitement qui est décisive. Quant à l'attribution de séjours se poursuivant au-delà de l'année civile, il faut observer les dispositions du chapitre 3.4.3. Voir aussi exemples 1.2 en annexe.

3.4.1 Séjours en milieu hospitalier en Suisse

Les séjours dans un hôpital ou un EMS selon art. 39 LAMal et les séjours dans un hôpital conventionné selon art. 49a al. 4 LAMal doivent être pris en compte dans la compensation des risques.

Les deux derniers chiffres des numéros rcc de prestataires en Suisse, autrement dit d'hôpitaux ou d'EMS aussi, correspondent au numéro du canton d'établissement en question (01 - 26) ou **aux chiffres 31 - 35**. Exemples :

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

Voir aussi exemples au chapitre 1.1.12 de l'annexe.

3.4.2 Séjours en milieu stationnaire à l'étranger dans le cadre de la collaboration transfrontalière

Les séjours en milieu stationnaire à l'étranger ne sont pas à prendre en considération dans la livraison des données (voir exemples au chapitre 1.1.16 sqq. de l'annexe). Font cependant exception à cette règle les séjours en milieu stationnaire à l'étranger dans le cadre de programmes de collaboration transfrontalière selon l'art. 36a OAMal. Ces séjours doivent être pris en compte dans la compensation des risques.

3.4.3 A propos d'un séjour dans un hôpital ou un EMS qui s'étend au-delà de l'année civile

Pour l'attribution d'un séjour à l'année civile, c'est la période du séjour qui est déterminante. Un séjour dans un hôpital ou un EMS peut cependant se poursuivre au-delà de l'année civile. Sous l'art. 3 al. 4 OCoR, la ventilation d'un séjour se poursuivant au-delà de l'année civile entre les années civiles concernées est réglée comme suit:

- La nuit du 31 décembre au 1er janvier est toujours attribuée à l'année d'admission dans l'établissement.
- Un séjour d'une durée de trois à cinq nuits consécutives est compté dans l'année pour laquelle le plus grand nombre de nuitées a été effectué.
- Si deux nuits ont été effectuées lors de chaque année, le séjour est compté dans l'année d'admission.
- S'agissant d'un séjour de plus de cinq nuits, la durée du séjour est comptée jusqu'à la fin de l'année civile. La continuation du séjour pendant la nouvelle année civile est attribuée à cette dernière.

Voir aussi exemples 1.2 en annexe.

3.4.4 Séjours pour cause de maternité

Selon art. 3 al. 3 OCoR, les séjours pour cause de maternité selon art. 29 al. 2 let b LAMal (autrement dit les séjours en hôpital ou en maternité avec accouchement) ne doivent pas être pris en compte dans la compensation des risques. Peu importe à cet égard si l'accouchement se déroule avec ou sans complications. En revanche, les séjours consécutifs doivent être pris en compte s'ils ont duré au moins trois nuits consécutives, s'ils ont été financés par l'AOS et s'il y a eu transfert dans un autre service ou une autre clinique (voir également les exemples 1.1.10 et 1.1.11 en annexe). Cela s'applique également, par analogie, aux séjours antérieurs.

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. 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,

il y a lieu de calculer autant que possible ces séjours sur la base des codes DRG respectifs. Selon la version SwissDRG 12.0 (version de tarification 2023) ainsi que la version SwissDRG 13.0 (version de tarification 2024), peuvent être appliqués les codes DRG suivants pour séjours en raison d'une maternité avec accouchement et pour les séjours de nouveau-nés en bonne santé (voir aussi exemples 1.1.10 et 1.1.11 en annexe):

Codes DRG pour séjours dans un hôpital pour cause de maternité avec accouchement ainsi que séjours pour nouveau-nés en bonne santé							
Données 2024				Données 2025			
O01A	O02A	O60A	P66D	O01A	O02A	O60A	P66D
O01B	O02B	O60B	P67D	O01B	O02B	O60B	P67D
O01C		O60C		O01C		O60C	
O01D		O60D		O01D		O60D	
O01E				O01E			
O01F				O01F			
O01G				O01G			

Les séjours dont il est prouvé qu'ils ont eu lieu sans accouchement malgré l'indication d'un code DRG mentionné ci-dessus doivent être pris en considération dans la livraison des données.

3.4.5 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. Si une partie des coûts du séjour à l'hôpital ou en EMS a été financée par l'AOS et si le séjour a duré au moins trois nuits consécutives, il doit être pris en compte dans la livraison des données.

Voir aussi exemple 1.1.6 en annexe.

3.4.6 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.

3.4.7 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.

Voir aussi exemple 1.1.7 sqq. en annexe.

3.4.8 Séjour 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 traitements ambulatoires. 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.

3.4.9 Séjour en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques

Si une personne assurée **n'a pas fait partie** de l'effectif des assurés de la compensation des risques (selon le chapitre 2) **pendant toute l'année**, il convient - pour déterminer le statut du séjour - d'inclure, pour l'année civile déterminante, tous les séjours hospitaliers connus,

- qui remplissent les conditions du chapitre 3.4,
- même si la personne n'appartenait pas à l'effectif des assurés de la compensation des risques au moment du séjour.

Voir également à ce sujet les exemples dans l'annexe 2.

3.4.10 Recours

Un séjour hospitalier qui a été entièrement remboursé à l'assureur par un tiers (recours intégral) ne doit pas être pris en compte dans la compensation des risques.

Un séjour hospitalier qui a été partiellement remboursé à l'assureur par un tiers (recours partiel) doit être pris en compte dans la compensation des risques avec le nombre de nuits de séjour de la prestation total (avant recours).

Un séjour hospitalier remboursé par l'assureur à une autre partie doit être pris en compte dans la compensation des risques avec le nombre de nuits de séjour de la prestation totale (avant recours), pour autant que cette information soit disponible.

Un recours doit pouvoir être attribué à l'une des années calendaires déterminantes pour la collecte des données. Un recours ne peut pas être pris en compte dans la compensation des risques sur une autre année civile que les deux années civiles déterminantes pour le relevé des données. Voir également à ce sujet les exemples 1.1.13 sqq. dans l'annexe.

3.5 Médicaments

Dans la livraison des données, un médicament est identifié de manière univoque par le code GTIN valable au moment de la remise. Dans la livraison des données, il faut indiquer pour chaque personne assurée tous les médicaments pour lesquels sont remplies à chaque fois les quatre conditions suivantes :

- Les médicaments ont été remis à la personne assurée pendant l'année civile déterminante pour le relevé des données ;
- Les médicaments remis à l'assuré figuraient sur la LS au moment de la remise au cours de l'année civile déterminante pour la collecte des données **OU** les médicaments devaient être pris en charge par la caisse-maladie au moment de la remise au cours de l'année civile déterminante pour la collecte des données, conformément à la liste des emballages radiés; liste des emballages radiés (source: site web de la LS) selon art. 68a al. 1 let. a OAMal;
- Les coûts des médicaments ont été pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ;
- Les médicaments ne sont pas intégrés dans un forfait au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal.

Toutes les données figurant dans la livraison doivent concerner la même année civile, également les données relatives aux médicaments. Par ex. : dans la fourniture des données 2024 pour la compensation des risques, les médicaments remis durant l'année civile 2024 sont déterminants (et non pas la consommation de médicaments de l'année précédente).

Pour l'attribution des médicaments remis à l'année civile, c'est la date de la remise qui est décisive (art. 5 al. 4 OCoR). Cependant, il n'est pas pertinent dans quel canton la personne assurée vivait au moment de la remise.

Dans la livraison des données, les médicaments doivent être indiqués par leur code GTIN. L'indication du PharmaCode n'est plus autorisée (art. 32, al. 3 OCoR). Le formatage du fichier CSV pour le téléchargement ne doit pas être modifié et doit toujours comprendre la colonne PharmaCode, mais la colonne PharmaCode ne doit contenir que des entrées vides (voir chapitre 4.2).

3.5.1 Médicaments achetés à l'étranger

Suite à la situation actuelle de pénurie et de manque d'approvisionnement pour différents médicaments de la LS, des médicaments disponibles à l'étranger peuvent, sous certaines conditions, être achetés et remboursés par l'AOS (cf. [circulaires de l'OFSP du 29.04.2025](#)). Les quatre conditions énoncées au chapitre 3.5 s'appliquent à la prise en compte de ces médicaments dans la compensation des risques.

3.5.2 Médicaments remboursés via des rétributions supplémentaires du catalogue des forfaits par cas

Selon art. 5 al. 2 let. d OCoR, les médicaments non contenus dans un forfait selon art. 49 al. 1 LAMal peuvent être pris en compte. Certaines prestations (par ex. des méthodes de traitement très coûteuses ou des médicaments onéreux) ne sont pas remboursées en milieu stationnaire par des forfaits par cas, mais séparément au moyen d'une rémunération supplémentaire définie dans le catalogue des forfaits par cas. Mais les rémunérations supplémentaires sont toujours une part du remboursement total et, par conséquent, font partie intégrantes du financement des forfaits par cas. Les médicaments remboursés via des rétributions supplémentaires du catalogue des forfaits par cas ne doivent donc pas être pris en considération.

3.5.3 Remboursement forfaitaire de la remise de médicaments dans les EMS et HMO

Pour l'exécution en bonne et due forme de la compensation des risques, les assureurs sont tenus de veiller à ce que les EMS respectivement les HMO leur livrent sous la forme requise les informations concernant la remise de médicaments à leurs résidents respectivement leurs patients. Les assureurs tiennent compte de ces indications dans leurs livraisons de données pour la compensation des risques.

3.5.4 Indications sur les médicaments en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques

Si une personne assurée **n'a pas fait partie** de l'effectif des assurés de la compensation des risques (selon le chapitre 2) **pendant toute l'année**, il convient d'indiquer dans la livraison des données à la compensation des risques, pour l'année civile déterminante, tous les médicaments remis reconnus,

- qui remplissent les conditions du chapitre 3.5,
- même si au moment de la remise, la personne n'appartenait pas à l'effectif de la compensation des risques.

Voir également à ce sujet les exemples dans l'annexe 2.

3.6 Nombre d'emballages

Pour tout médicament répondant aux conditions du chapitre 3.5, le nombre d'emballages remis à la personne assurée doit être indiqué. Le nombre d'emballages doit toujours être mentionné avec deux positions après la virgule (arrondi selon les règles commerciales).

3.6.1 Plausibilisation et correction du nombre d'emballages

Les expériences des assureurs montrent que le nombre d'emballages de médicaments remis contenu dans les décomptes des prestataires peut être erroné. Pour la plausibilisation et la correction du nombre d'emballages indiqué par le prestataire, l'Institution commune LAMal a, en collaboration avec les assureurs et l'OFSP, établi la procédure suivante:

- L'assureur plausibilise le nombre d'emballages indiqué par le prestataire, en divisant - pour chaque médicament remis - le montant facturé par le prestataire pour le médicament par le prix "public" applicable au moment de la remise du médicament. Le résultat donne le nombre d'emballages calculé.
Remarque: pour un calcul correct de la plausibilisation de l'emballage, le montant indiqué ne doit pas contenir de rabais. Dans les cas de rabais, il faut donc d'abord déduire du montant facturé la remise. Voir à ce sujet l'exemple chiffré dans l'annexe 3.
- Il y a lieu de procéder alors comme suit (voir aussi les exemples en annexe 3) :

La condition suivante est remplie :	Procédure :
Nombre d'emballages indiqué $\leq 1.5 \times$ nombre d'emballages calculé et nombre d'emballages indiqué $\geq 0.5 \times$ nombre d'emballages calculé	Le nombre d'emballages indiqué par le prestataire doit être pris en compte.
Nombre d'emballages indiqué $> 1.5 \times$ nombre d'emballages calculé ou Nombre d'emballages indiqué $< 0.5 \times$ nombre d'emballages calculé	Le nombre d'emballages calculé doit être pris en compte.

3.6.2 Chapitre supprimé

3.6.3 Nombre d'emballages en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques

Si une personne assurée **n'a pas fait partie** de l'effectif des assurés de la compensation des risques (selon le chapitre 2) **pendant toute l'année**, il convient d'indiquer dans la livraison des données à la compensation des risques, pour l'année civile déterminante, tous les emballages de médicaments remis reconnus,

- qui remplissent les conditions du chapitre 3.6,
- même si au moment de la remise, la personne n'appartenait pas à l'effectif de la compensation des risques.

Voir également à ce sujet les exemples dans l'annexe 2.

3.6.4 Recours

Une remise de médicaments qui a été entièrement remboursée à l'assureur par un tiers (recours intégral) ne doit pas être prise en compte dans la compensation des risques.

Une remise de médicament qui a été partiellement remboursée à l'assureur par un tiers (recours partiel) doit être prise en compte dans la compensation des risques avec le nombre d'emballages de la prestation totale (avant recours).

Une remise de médicament remboursée par l'assureur à une autre partie doit être prise en compte dans la compensation des risques avec le nombre d'emballages de la prestation totale (avant recours), pour autant que cette information soit disponible.

Un recours doit pouvoir être attribué à l'une des années calendaires déterminantes pour la collecte des données. Un recours ne peut pas être pris en compte dans la compensation des risques sur une autre année civile que les deux années civiles déterminantes pour le relevé des données.

Voir également par analogie les exemples 1.1.13 sqq. concernant les séjours.

3.7 Mois d'assurance

Pour chaque personne assurée doit être indiqué le nombre de mois d'assurance pendant lesquels elle était soumis à l'assurance obligatoire des soins durant l'année civile déterminante pour le relevé des données.

Seuls peuvent être pris en considération les mois pendant lesquels un rapport d'assurance a existé dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Les mois durant lesquels l'assurance obligatoire des soins a été suspendue ne sont pas à prendre en compte dans la livraison des données (cf. aussi chapitre 2 et 3.7.2).

Si une personne assurée change de canton de domicile au début d'un mois, les mois d'assurance doivent être répartis au prorata des mois entiers entre les deux cantons.

Si une personne assurée change de canton de domicile au cours d'un mois, le mois correspondant doit être réparti jour pour jour entre les deux cantons et converti en mois d'assurance (p. ex. 8 jours = 0,266 mois). Les mois restants de l'année civile doivent être répartis proportionnellement entre les deux cantons.

Si une personne assurée change de domicile dans l'UE/AELE/UK et reste soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse, seuls les mois passés en Suisse doivent être pris en considération (voir également à ce sujet le tableau du chapitre 2).

Selon l'art. 6, al. 4, OCoR, la livraison des données doit tenir compte des modifications de l'effectif des assurés saisies jusqu'à fin février.

3.7.1 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 par suite d'assujettissement à l'assurance militaire, etc.).

En vertu de l'ATF 142 V 87, Arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015, le principe de la divisibilité de la prime mensuelle est applicable au début et à la fin de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, 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 personne assurée, le nombre de jours avec couverture d'assurance dans les mois civils entamés est divisé par 30. Puis le nombre total des mois est calculé par personne assurée. Le nombre total des mois par personne assurée doit être indiqué avec deux positions après la virgule (selon règles commerciales). Exemple (diviseur = 30):

Assuré	Couverture d'assurance	Mois	Nombre de jours avec couverture d'assurance en mois entamés	Mois entamés en décimales	Nombre de mois à prendre en compte
Assuré A	1.01. – 31.12.2024	12	0	0.000	12.00
Assurée B	1.01. – 15.02.2024	1	15	0.500 (15/30)	1.50
Assuré C	1.01. – 28.04.2024	3	28	0.933 (28/30)	3.93
Assurée E	1.02. – 13.08.2024	6	13	0.433 (13/30)	6.43

Pour les assureurs qui ont programmé leurs systèmes de telle sorte que les mois entamés peuvent être calculés en décimales pour les 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) :

Assuré	Couverture d'assurance	Mois	Nombre de jours avec couverture d'assurance en mois entamés	Mois entamés en décimales	Nombre de mois à prendre en compte
Assuré A	1.01. – 31.12.2024	12	0	0.000	12.00
Assurée B	1.01. – 15.02.2024	1	15	0.535 (15/28)	1.54
Assuré C	1.01. – 28.04.2024	3	28	0.933 (28/30)	3.93
Assurée E	1.02. – 13.08.2024	6	13	0.419 (13/31)	6.42

Attention : BGE 142 V 87 s'applique aux situations de début et de fin de la couverture d'assurance. Il n'est pas applicable au changement de domicile ou de canton de domicile en Suisse.

3.7.2 Mois d'assurance d'assurés accomplissant un service militaire

Suivant l'art. 3 al. 4 LAMal, l'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises pour plus de 60 jours consécutifs à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM). 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 assujetties à la LAM pour une certaine période. La prise en considération de ces "mois entamés" est réglementée au chapitre 3.7.1 du présent guide.

3.8 Coûts

Pour toute personne assurée, les **coûts bruts** (autrement dit les coûts avant déduction de la participation aux coûts) de prestations de l'assurance obligatoire des soins fournies durant l'année civile déterminante doivent être annoncés. 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 prestations dispensées au titre de l'assurance complémentaire ne peuvent être prises en considération.

Pour l'attribution des coûts aux années civiles, c'est la **date de traitement** qui est déterminante. Si le traitement s'est poursuivi au-delà du passage à la nouvelle année, les coûts doivent être ventilés exactement entre les années civiles concernées (autrement dit pro rata temporis).

Si la personne assurée 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 sont à attribuer en fonction des assurés **qui les ont occasionnés**.

Dans la livraison des données, il faut tenir compte des prestations décomptées jusqu'à la fin février de l'année de livraison des données (cf. chapitre 1.2). La prise en compte de mutations subséquentes qui concernent des années civiles avant celle qui est déterminante pour le relevé des données n'est pas admissible.

Les coûts bruts doivent être fournis conformément à l'art. 6, al. 1, let. h, OCoR (état au 1er janvier 2025), déduction faite des restitutions effectués par les titulaires d'autorisations de mise sur le marché de médicaments.

3.8.1 Forfaits pour la remise de médicaments dans les EMS

S'agissant des résidents de certains EMS (par exemple dans le canton de Fribourg), les assureurs remboursent les médicaments sous forme de forfaits. Le cas échéant, il y a lieu de tenir compte pour les coûts du montant du forfait effectivement versé pour la livraison du médicament et non pas du prix selon LS.

3.8.2 Chapitre supprimé

3.8.3 Coûts des assurés HMO et cabinet de groupe

Les assurés HMO et cabinet de groupe doivent annoncer à la compensation des risques à l'instar de tous les autres assurés. Ce sont donc, en principe, les coûts des prestations effectivement remboursées au titre de l'AOS qui sont déterminants pour eux aussi.

Certains assureurs paient cependant des forfaits de traitement (prix fixes) aux exploitants de centres HMO et cabinet de groupe pour leurs assurés HMO et cabinet de groupe. S'il n'est pas possible de déterminer pour ces assurés les coûts qui font effectivement l'objet d'un décompte à charge de l'AOS (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 cabinet de groupe 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 et cabinet de groupe 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, 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 et cabinet de groupe 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.

3.8.4 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'art. 15b de la loi sur la transplantation.

Vu que l'art. 14 al. 2 de la loi sur la transplantation stipule que les forfaits doivent faire impérativement l'objet d'un règlement à charge de l'assurance-maladie obligatoire du receveur du don vivant, une attribution claire des forfaits à un assuré est possible. Les forfaits correspondants doivent donc **être pris en compte** dans les livraisons de données à la compensation des risques.

3.8.5 SARS-CoV-2

Tous les coûts pris en charge par la Confédération en rapport avec les mesures de lutte contre le coronavirus **ne doivent pas être pris en considération** dans les données fournies pour la compensation des risques.

3.8.6 Recours

En cas de recours, il faut tenir compte de ce qui suit: Tous les coûts qui n'ont pas été financés par l'AOS ne doivent pas être pris en compte.

Un recours doit pouvoir être attribué à l'une des années calendaires déterminantes pour la collecte des données. Un recours ne peut pas être pris en compte dans la compensation des risques sur une autre année civile que les deux années civiles déterminantes pour le relevé des données.

3.9 Participation aux coûts

Pour toute personne assurée, la participation aux coûts prise en charge par celui-ci pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins fournies durant l'année civile déterminante doit être annoncée.

La participation aux coûts se compose de la franchise, de la quote-part des coûts qui dépassent la franchise, ainsi que d'une contribution de 15 francs par jour aux frais de séjour en cas d'hospitalisation (art. 104 al. 1 OAMal). Il faut indiquer la participation aux coûts imposée globalement à l'assuré 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 l'attribution de la participation aux coûts aux années civiles, c'est la **date de traitement** qui est déterminante. Si le traitement s'est poursuivi au-delà du passage à la nouvelle année, la participation aux coûts doit être ventilée exactement entre les années civiles concernées (autrement dit pro rata temporis).

Si la personne assurée 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.

Dans la livraison des données, il y a lieu de prendre en considération la participation aux coûts décomptée jusqu'à la fin février de l'année de livraison des données (cf. chapitre 1.2). La prise en compte de mutations subséquentes qui concernent des années civiles avant celle qui est déterminante pour le relevé des données n'est pas admissible.

3.9.1 Forfait pour franchise et quote-part

Selon art. 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.

3.9.2 Recours

En cas de recours, il faut tenir compte de ce qui suit: Tous les participations aux coûts qui n'ont pas été financées par l'AOS ne doivent pas être prises en compte.

Un recours doit pouvoir être attribué à l'une des années calendaires déterminantes pour la collecte des données. Un recours ne peut pas être pris en compte dans la compensation des risques sur une autre année civile que les deux années civiles déterminantes pour le relevé des données.

4. Prescriptions techniques pour la livraison des données

4.1 Structure des données à livrer

Dans le fichier de livraison, il faut pour chaque personne assurée intégrer en principe un bloc de données (= ligne de données) pour chaque médicament qui lui est remis. Si aucun médicament n'est remis à l'assuré durant l'année civile déterminante, il faut intégrer pour lui un bloc de données.

Si la personne assurée change de canton de domicile pendant l'année civile déterminante, les blocs de données seront mentionnés à nouveau dans le nouveau canton (les données relatives aux médicaments sont identiques dans chaque canton), les mois, coûts et la participation aux coûts étant ventilés exactement entre les cantons respectifs.

Si par exemple la personne assurée change une fois de canton de domicile, et si trois médicaments lui sont remis durant l'année en question, il en résulte pour lui six blocs de données.

Exemple 1 (Femme = F / Homme = M / oui = J / non = N):

- Tous les assurés ne présentent en 2024 aucun changement de canton de domicile.
- Un ou aucun médicament (n')a été remis à tous les assurés en 2024.

No OFSP	année	numéro AVS	canton	année de naissance	sexe	séjour	GTIN	pharmacode	emballages	mois	coûts	participation aux coûts
53	2024	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147		0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2024	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	12.00	1'524.30	451.30
53	2024	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2024	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

Il existe un bloc de données pour toute personne assurée.

Exemple 2 (Femme = F / Homme = M / oui = J / non = N):

- Un assuré (no AVS 7567196529746) a changé de canton de domicile en 2024.
- Un ou aucun médicament (n')a été remis à tous les assurés en 2024.

No OFSP	année	numéro AVS	canton	année de naissance	sexe	séjour	GTIN	pharmacode	emballages	mois	coûts	participation aux coûts
53	2024	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147		0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2024	7567196529746	GL	2001	M	Non	2587463928732		6.00	8.00	753.00	399.00
53	2024	7567196529746	SZ	2001	M	N	2587463928732		6.00	4.00	771.30	52.30
53	2024	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2024	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

Pour la personne assurée titulaire du no AVS 7567196529746, il y a deux blocs de données. Les mois d'assurance, coûts et la participation aux coûts sont ventilés exactement, en ce qui le concerne, entre les deux cantons de domicile.

Exemple 3 (Femme = F / Homme = M / oui = J / non = N):

- Un assuré (no AVS 7567196529746) a changé de canton de domicile en 2024 et pris deux médicaments.
- Tous les autres assurés n'ont pas changé de canton de domicile en 2024 et ont pris un ou aucun médicament.

No OFSP	année	numéro AVS	canton	année de naissance	sexe	séjour	GTIN	pharmacode	emballages	mois	coûts	participation aux coûts
53	2024	7569854149658	ZH	1972	F	J	1258325671147		0.15	12.00	15'487.50	562.50
53	2024	7567196529746	GL	2001	M	N	2587463928732		6.00	8.00	753.00	399.00
53	2024	7567196529746	GL	2001	M	N	2155903657123		12.00	8.00	753.00	399.00
53	2024	7567196529746	SZ	2001	M	N	2587463928732		6.00	4.00	771.30	52.30
53	2024	7567196529746	SZ	2001	M	N	2155903657123		12.00	4.00	771.30	52.30
53	2024	7567036587016	FR	1978	F	J				6.00	568.00	300.00
53	2024	7562157865129	BE	1944	M	N	5483571226580		13.00	12.00	0.00	0.00

Comme deux médicaments ont été remis à l'assuré titulaire du no AVS 7567196529746, il y a donc deux blocs de données par canton de domicile, soit au total quatre blocs de données. Les mois d'assurance, coûts et la participation aux coûts sont ventilés exactement entre les cantons de domicile.

4.2 Règles générales pour le fichier à importer

- Le fichier doit présenter le format CSV (Comma Separated Values), le séparateur entre les diverses valeurs de colonne devant être un ";" (point-virgule).

- Le jeu de caractères utilisé doit être ANSI. Dans ce contexte, ANSI fait référence à «Windows Code Page 1252», parfois aussi à CP1252.
- La première ligne doit contenir l'en-tête suivante: No OFSP;année;numéro AVS;canton;année de naissance;sexe;séjour;GTIN;pharmacode;emballages;mois;coûts;participation aux coûts
- Chaque ligne doit contenir dans la première colonne le même numéro OFSP. Chaque ligne doit contenir dans la deuxième colonne la même année civile dont proviennent les données (soit un fichier par assureur et par année civile).
- Le fichier ne peut pas contenir de lignes vides.
- Pour les chiffres, les signes séparant les milliers comme une apostrophe ou un espace vide ne sont pas autorisés
- Toutes les colonnes doivent être remplies sauf GTIN, pharmacode et emballages. Les colonnes GTIN et emballages doivent contenir des entrées vides si aucun médicament n'a été délivré. La colonne pharmacode ne doit contenir que des entrées vides.
- Le GTIN doit compter 13 chiffres.
- GTIN doivent être composés exclusivement de chiffres.
- Si la colonne GTIN est remplie, le nombre d'emballages doit également être indiqué et inversement.
- Les entrées vides ne peuvent pas contenir de signes caractères entre les points-virgules séparateurs de colonnes. Le chiffre 0 n'est pas considéré comme une entrée vide.
- Plusieurs lignes sont possibles par assuré
- Des valeurs numériques négatives ne sont pas admises.

Colonne	Contenu	Type de donnée	Remarque
1	Numéro OFSP	Integer	Chaque ligne doit présenter le même no OFSP.
2	Année	Integer	Indication de l'année civile dont proviennent les données. Chaque ligne doit présenter la même année civile.
3	Numéro AVS	String	Est pseudonymisée par SORA PCG avant la transmission des données à l'Institution commune LAMal. Le numéro AVS ne doit pas être groupé avec des points (756.1234.5678.90) ou caractères espace.
4	Canton	String	Canton de domicile de l'assuré avec l'abréviation valable du canton (ZH, BE, ... , JU).
5	Année de naissance	Integer	Année de naissance de l'assuré.
6	Sexe	Caractère	Peut être "F" (féminin) ou "M" (masculin).
7	Séjour	Caractère	Peut être "J" (oui) ou "N" (non).
8	GTIN	Integer	13 chiffres.
9	Pharmacode	Integer	5-7 chiffres.
10	Emballages	Décimal	Comme les prestataires ne remettent pas toujours des emballages entiers (par ex. remise de comprimés individuels), le nombre d'emballages doit être indiqué avec deux décimales (arrondi conformément aux usages

			commerciaux). Sont admis à titre de signes séparant les décimales le point ou la virgule.
11	Mois	Décimal	Les mois d'assurance entamés au début et à la fin de la couverture d'assurance doivent être pris en considération au jour près dans la remise des données (cf. chapitre 3.7.1). Les mois d'assurance doivent donc être indiqués avec deux décimales (arrondis selon usages commerciaux). Sont admis à titre de signes séparant les décimales le point ou la virgule.
12	Coûts	Décimal	Les coûts doivent être indiqués avant déduction de la participation aux coûts (autrement dit les coûts bruts). Livraison en francs avec deux décimales (arrondis selon usages commerciaux). Sont admis à titre de signes séparant les décimales le point ou la virgule.
13	Participation aux coûts	Décimal	Livraison en francs avec deux décimales (arrondis selon usages commerciaux). Sont admis à titre de signes séparant les décimales le point ou la virgule.

4.3 Exemple d'un fichier d'importation

Le fichier d'interface à établir par l'assureur doit être en format CSV. Le fichier se présente par exemple comme suit (Femme = F / Homme = M / oui = J / non = N):

No OFSP;année;numéro AVS;canton;année de naissance;sexe;séjour;GTIN;pharmacode;
emballages;mois;coûts;participation aux coûts
1234;2024;7565689021507;AG;1979;M;N;7680003730116;;11.00;12.00;6987.50;564.25
1234;2024;7562546871269;JU;1945;F;J;;8963456;8.33;8.48;456.45;332.00
1234;2024;7562546871269;JU;1945;F;J;7683654125715;;6.00;8.48;456.85;332.30
1234;2024;7569624736404;BE;2005;F;J;7680003730116;;3.00;8.00;745.10;451.60
1234;2024;7569624736404;SO;2005;F;J;7680003730116;;3.00;4.00;1026.85;903.35
Etc.

5. Personnes de contact

Pour les assureurs, les interlocuteurs suivants sont à disposition :

Personne	Fonction	Contact
Magnus Vieten	Responsable du département compensation des risques	032 625 30 64 magnus.vieten@kvg.org
Thomas Caspar Fischer	Collaborateur compensation des risques	032 625 30 63 thomas.fischer@kvg.org

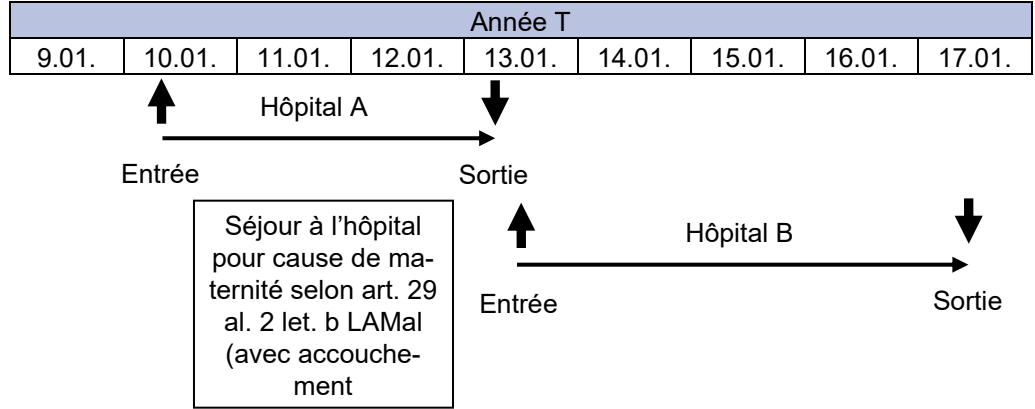
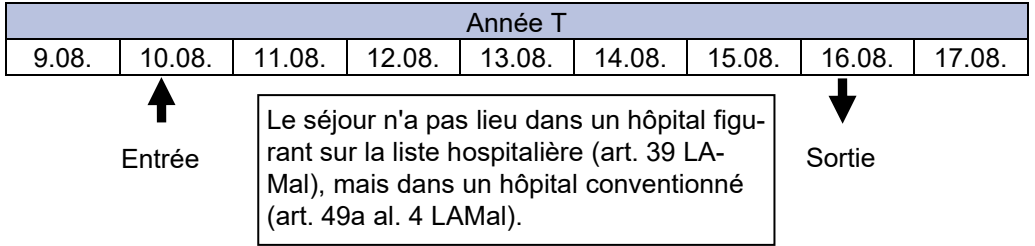
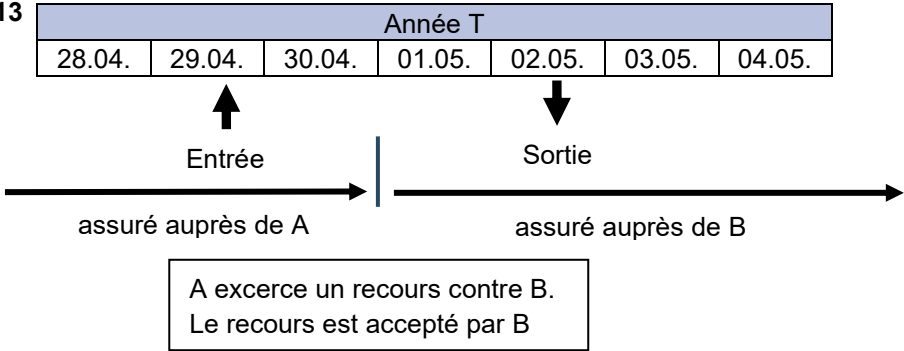
Annexe

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

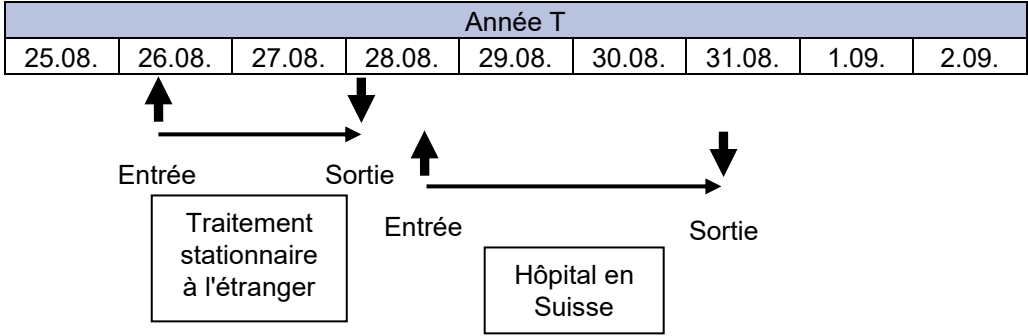
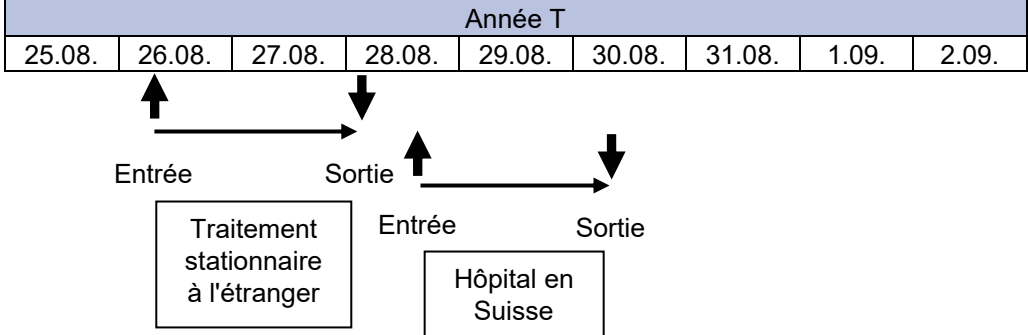
1.1 Séjours sans changement d'année

Situation	Réglementation																				
1.1.1 <table><tr><td colspan="5">Année T</td></tr><tr><td>7.06.</td><td>8.06.</td><td>9.06.</td><td>10.06.</td><td>11.06.</td></tr></table> ↑ Entrée ↓ Sortie	Année T					7.06.	8.06.	9.06.	10.06.	11.06.	Séjour à ne pas prendre en considération. <u>Motif</u> : La durée du séjour est de moins de trois nuits consécutives.										
Année T																					
7.06.	8.06.	9.06.	10.06.	11.06.																	
1.1.2 <table><tr><td colspan="5">Année T</td></tr><tr><td>7.06.</td><td>8.06.</td><td>9.06.</td><td>10.06.</td><td>11.06.</td></tr></table> ↑ Entrée ↓ Sortie	Année T					7.06.	8.06.	9.06.	10.06.	11.06.	Séjour à prendre en considération. <u>Motif</u> : La durée du séjour est de trois nuits consécutives.										
Année T																					
7.06.	8.06.	9.06.	10.06.	11.06.																	
1.1.3 <table><tr><td colspan="10">Année T</td></tr><tr><td>12.02.</td><td>13.02.</td><td>14.02.</td><td>15.02.</td><td>.....</td><td>4.06.</td><td>5.06.</td><td>6.06.</td><td>7.06.</td><td>8.06.</td></tr></table> ↑ Entrée ↓ Sortie ↑ Entrée ↓ Sortie	Année T										12.02.	13.02.	14.02.	15.02.		4.06.	5.06.	6.06.	7.06.	8.06.	Séjour à prendre en considération. <u>Motif</u> : La personne assurée a séjourné deux fois à l'hôpital en l'an T. Les deux séjours en question durent chacun trois nuits consécutives ou plus. Que la personne assurée 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 T, un séjour d'au moins trois nuits consécutives.
Année T																					
12.02.	13.02.	14.02.	15.02.		4.06.	5.06.	6.06.	7.06.	8.06.												

Situation	Réglementation									
1.1.8 Année T <table><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> ↑ ↓ ↑ ↓ Hôpital A Hôpital A Entrée Sortie Nouvelle Entrée Sortie	22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.	Séjour à ne pas prendre en considération <u>Motif :</u> Si un patient quitte un hôpital ou un EMS et retourne dans le même établissement hospitalier le lendemain, son séjour est interrompu. Selon art. 3 al. 1 OCoR, un séjour doit avoir duré au moins trois nuits consécutives pour être pris en compte dans la compensation des risques. Le séjour est interrompu du 24.04. au 25.04. (pas de nuits consécutives). Il s'agit donc de deux séjours de moins de trois nuits consécutives chacun
22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.		
1.1.9 Année T <table><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> ↑ ↓ ↑ ↓ Hôpital A Hôpital B Entrée Sortie Entrée Sortie Séjour financé par l'AOS Séjour entièrement financé par l'assurance complémentaire	25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	30.08.	31.08.	1.09.	2.09.	Séjour à ne pas prendre en considération. <u>Motif :</u> En cas de transfert à l'hôpital le même jour, le séjour est certes considéré comme ininterrompu (cf. exemple 1.1.7). Mais comme le séjour à l'hôpital B est entièrement remboursé par l'assurance complémentaire, il ne doit pas être pris en compte. En effet, les prestations d'assurance complémentaire ne doivent en principe pas avoir d'influence sur la compensation des risques. En revanche, si le séjour à l'hôpital B était partiellement remboursé par l'AOS, il pourrait être pris en compte (cf. guide, chap. 3.4.5). Le séjour lié de trois nuits consécutives devrait être pris en considération dans le CdR.
25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	30.08.	31.08.	1.09.	2.09.		
1.1.10 Année T <table><tr><td>5.04.</td><td>6.04.</td><td>7.04.</td><td>8.04.</td><td>9.04.</td><td>10.04.</td><td>11.04.</td></tr></table> ↑ ↓ Entrée Sortie Séjour à l'hôpital pour cause de maternité selon art. 29 al. 2 let. b LAMal (avec accouchement)	5.04.	6.04.	7.04.	8.04.	9.04.	10.04.	11.04.	Séjour à ne pas prendre en considération. <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. 3 al. 3 OCoR). Peu importe à cet égard si l'accouchement implique des complications ou non.		
5.04.	6.04.	7.04.	8.04.	9.04.	10.04.	11.04.				

Situation	Réglementation
1.1.11 	Séjour à prendre en considération. <u>Motif :</u> En cas de transfert dans un autre hôpital le même jour, le séjour est réputé ininterrompu (cf. exemple 1.1.7). Le séjour à l'hôpital A ne doit pas être pris en compte dans la livraison des données selon art. 3 al. 3 OCoR. Le reste du séjour à l'hôpital B dure quatre nuits consécutives. Il doit donc être pris en compte.
1.1.12 	Séjour à prendre en considération. <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.
1.1.13 	Séjour à prendre en considération pour l'assureur A. Séjour à prendre en considération pour l'assureur B. <u>Motif:</u> L'assureur A prend d'abord en charge la totalité des coûts de la prestation stationnaire et exerce ensuite un recours contre l'assureur B. Le recours est accepté par B. L'ensemble du séjour hospitalier dure trois nuits consécutives et est entièrement financé par l'AOS. Le fait qu'un ou les deux assureurs prennent en compte le séjour n'a pas d'importance.

Situation	Réglementation																		
1.1.14 <table><tr><th colspan="9">Année T</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> ↑ Entrée Sortie ↓ Une tierce partie a fait l'objet d'un recours pour 55% de la prestation. Il reste à l'assureur 45% de la prestation	Année T									22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.	Séjour à prendre en considération. Motif: Les séjours avec recours partiel doivent être pris en compte dans leur intégralité si une partie des prestations a été financée par l'AOS.
Année T																			
22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.											
1.1.15 <table><tr><th colspan="9">Année T</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> ↑ Entrée Hôpital A Sortie ↓ Entrée ↑ Hôpital B Sortie ↓ Une tierce partie a fait l'objet d'un recours pour 50% de la prestation. Il reste à l'assureur 50% de la prestation	Année T									22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.	Séjour à prendre en considération. Motif: En cas de transfert dans un hôpital le même jour, le séjour est considéré comme ininterrompu (cf. exemple 1.1.7). La durée totale du séjour ininterrompu est donc de 2 + 4 = 6 nuits. Les séjours avec recours partiel doivent être pris en compte dans leur intégralité si une partie des prestations a été financée par l'AOS.
Année T																			
22.04.	23.04.	24.04.	25.04.	26.04.	27.04.	28.04.	29.04.	30.04.											
1.1.16 <table><tr><th colspan="9">Année T</th></tr><tr><td>9.08.</td><td>10.08.</td><td>11.08.</td><td>12.08.</td><td>13.08.</td><td>14.08.</td><td>15.08.</td><td>16.08.</td><td>17.08.</td></tr></table> ↑ Entrée Traitement stationnaire qui a lieu à l'étranger Sortie ↓	Année T									9.08.	10.08.	11.08.	12.08.	13.08.	14.08.	15.08.	16.08.	17.08.	Séjour à ne pas prendre en considération. Motif : Les traitements stationnaires à l'étranger ne sont pas pris en considération (art. 3 al. 2 OCoR). Voir aussi ci-dessous!
Année T																			
9.08.	10.08.	11.08.	12.08.	13.08.	14.08.	15.08.	16.08.	17.08.											

Situation	Réglementation
1.1.17  Timeline for 1.1.17: Année T (25.08. to 31.08.) and 1.09. to 2.09. The patient enters 'Traitement stationnaire à l'étranger' on 25.08., stays until 27.08., then enters 'Hôpital en Suisse' on 28.08., staying until 31.08. The timeline continues with 1.09. and 2.09.	Séjour à prendre en considération (du 28 au 31.08.). <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. 3 al. 2 OCoR). Le séjour subséquent à l'hôpital en Suisse dure trois nuits consécutives et doit donc être pris en compte. Voir aussi ci-dessous!
1.1.18  Timeline for 1.1.18: Année T (25.08. to 31.08.) and 1.09. to 2.09. The patient enters 'Traitement stationnaire à l'étranger' on 25.08., stays until 27.08., then enters 'Hôpital en Suisse' on 28.08., staying until 31.08. The timeline continues with 1.09. and 2.09.	Séjour à ne pas prendre en considération. <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. 3 al. 2 OCoR). Le séjour subséquent à l'hôpital en Suisse est inférieur à trois nuits consécutives et ne doit donc pas être pris en considération. Voir aussi ci-dessous!

Important: Les séjours en milieu stationnaire effectués à l'étranger dans le cadre des 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 (cf. chapitre 3.4.2).

1.2 Séjours avec changement d'année

Situation	Réglementation																				
1.2.1 <table><tr><th colspan="7">Année T</th><th colspan="3">Année T+1</th></tr><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></table> ↑ Entrée ↓ Sortie	Année T							Année T+1			25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	Le séjour n'est pris en considération qu'en l'an T. <u>Motif :</u> Uniquement en l'an T, la durée du séjour est d'au moins trois nuits consécutives.
Année T							Année T+1														
25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
1.2.2 <table><tr><th colspan="6">Année T</th><th colspan="4">Année T+1</th></tr><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></table> ↑ Entrée ↓ Sortie	Année T						Année T+1				26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	Le séjour est pris en considération dans les deux années en question. <u>Motif :</u> Pour ces deux années, la durée du séjour est d'au moins trois nuits consécutives.
Année T						Année T+1															
26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.												
1.2.3 <table><tr><th colspan="2">Année T</th><th colspan="3">Année T+1</th></tr><tr><td>30.12.</td><td>31.12.</td><td>1.01.</td><td>2.01.</td><td>3.01.</td></tr></table> ↑ Entrée ↓ Sortie	Année T		Année T+1			30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	Le séjour est pris en considération en l'an T. <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. 3 al. 4 OCoR). La nuit du passage à la nouvelle année est toujours attribuée à «l'ancienne» année.										
Année T		Année T+1																			
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.																	
1.2.4 <table><tr><th colspan="2">Année T</th><th colspan="4">Année T+1</th></tr><tr><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></table> ↑ Entrée ↓ Sortie	Année T		Année T+1				30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	Le séjour est pris en considération en l'an T+1. <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. 3 al. 4 OCoR).								
Année T		Année T+1																			
30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.																

Situation	Réglementation																
1.2.5 <table><thead><tr><th colspan="3">Année T</th><th colspan="3">Année T+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> Entrée Sortie	Année T			Année T+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	Le séjour est pris en considération en l'an T. <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. 3 al. 4 OCoR). La nuit du passage à la nouvelle année est toujours comptée dans l'année d'admission.				
Année T			Année T+1														
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
1.2.6 <table><thead><tr><th colspan="3">Année T</th><th colspan="3">Année T+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> Entrée Sortie	Année T			Année T+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	Le séjour est pris en considération en l'an T. <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. 3 al. 4 OCoR). La nuit du passage à la nouvelle année est toujours comptée dans l'année d'admission.				
Année T			Année T+1														
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
1.2.7 <table><thead><tr><th colspan="3">Année T</th><th colspan="3">Année T+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> Entrée Sortie	Année T			Année T+1			29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	Le séjour n'est pris en considération. <u>Motif :</u> La durée du séjour est inférieure à trois nuits consécutives.				
Année T			Année T+1														
29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.												
1.2.8 <table><thead><tr><th colspan="4">Année T</th><th colspan="4">Année T+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> Entrée Hôpital A Sortie Entrée Hôpital B Sortie	Année T				Année T+1				28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.	Le séjour est pris en considération dans les deux années en question. <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.
Année T				Année T+1													
28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.01.	2.01.	3.01.	4.01.										

2. Exemples de prise en considération des séjours et des médicaments en cas d'appartenance temporaire à l'effectif des assurés de la compensation des risques

cf. chapitres 3.4.9, 3.5.4, 3.6.3

Dossier			
Personne assurée 75600000000001		Personne assurée 75600000000002	
Catégorie d'assuré 01.01.2024 - 31.05.2024: personne admise à titre provisoire 01.06.2024 - 31.12.2024: réfugié reconnu		Catégorie d'assuré 01.01.2024 - 31.03.2024: "prime CH" 01.04.2024 - 31.12.2024: "prime non CH" (Domicile civil à l'étranger)	
Séjour 09.02.2024 - 15.02.2024		Séjour 03.01.2024 - 05.01.2024	
Médicaments 76800000000001 76800000000002 76800000000003 76800000000003	2 emballages 14.02.2024 1 emballage 01.10.2024 1 emballage 10.04.2024 1 emballage 07.11.2024	Médicaments 76800000000001 76800000000001 76800000000002	1 emballage 10.03.2024 2 emballages 23.06.2024 1 emballage 01.02.2024

Livraison des données

No OFSP.	année	numéro AVS	canton	année de naissance	sexe	séjour	GTIN	pharmacode	emballage	mois	coûts	participation aux coûts
53	2024	75600000000001	ZH	1972	F	J	76800000000001		2.00	7.00	162.50	48.30
53	2024	75600000000001	ZH	1972	F	J	76800000000002		1.00	7.00	162.50	48.30
53	2024	75600000000001	ZH	1972	F	J	76800000000003		2.00	7.00	162.50	48.30
53	2024	75600000000002	SZ	2001	M	N	76800000000001		3.00	3.00	2725.30	680.00
53	2024	75600000000002	SZ	2001	M	N	76800000000002		1.00	3.00	2725.30	680.00

3. Exemples de plausibilisation et correction du nombre d'emballages

cf. chapitre 3.6 respectivement 3.6.1

Emballage de 40 tablettes / prix public CHF 120

Remise effective à des assurés	Montant facturé CHF	Base de calcul	Nombre d'emballages calculé	Tolérance inférieure (nombre calculé * 0.5) resp. Tolérance supérieure (nombre calculé * 1.5)	Nombre d'emballages remis indiqué sur décompte de prestations	Nombre d'emballages à prendre en compte dans la fourniture des données. (arrondi selon les règles commerciales avec deux positions après la virgule)
4 emballages	480.00	480.00	4	2 resp. 6	4	4
4 emballages	432.00 (10% de rabais inclus)	$\frac{432.00}{1 - \text{rabais}} = \frac{432.00}{1 - 0.1} = 480.00$	4	2 resp. 6	4	4
1 tablette	3.00	3.00	0.025	0.013 resp. 0.038	1.00	0.03
5 tablettes	15.00	15.00	0.125	0.063 resp. 0.188	5.00	0.13

Emballage de 1'000 ml / prix public CHF 50

Remise effective à des assurés	Montant facturé CHF	Base de calcul	Nombre d'emballages calculé	Tolérance inférieure (nombre calculé * 0.5) resp. Tolérance supérieure (nombre calculé * 1.5)	Nombre d'emballages remis indiqué sur décompte de prestations	Nombre d'emballages à prendre en compte dans la fourniture des données. (arrondi selon les règles commerciales avec deux positions après la virgule)
15 emballages	750.00	750.00	15	7.5 resp. 22.5	15	15
15 emballages	450.00 (40% de réduction inclus)	$\frac{450.00}{1 - \text{réduction}} = \frac{450.00}{1 - 0.4} = 750.00$	15	7.5 resp. 22.5	15	15
100 ml	5.00	5.00	0.1	0.05 resp. 0.15	100.00	0.1
10 ml	0.5	0.50	0.01	0.005 resp. 0.015	10.00	0.01